

# NOODZAAK EN MODALITEITEN VAN EEN DUURZAAM SYSTEEM VAN PRIJSCONTROLE VOOR DE RESIDENTIËLE OUDERENVOORZIENINGEN IN VLAANDEREN



Jozef Pacolet, Jeroen Luyten, Liesbeth Op de Beeck,  
Frederic De Wispelaere, Annelies De Coninck & Sofie Kuppens

**KU LEUVEN**

LEUVENS INSTITUUT  
VOOR GEZONDHEIDSZORGBELEID

**KU LEUVEN**

**HIVA**

ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING

# NOODZAAK EN MODALITEITEN VAN EEN DUURZAAM SYSTEEM VAN PRIJSCONTROLE VOOR DE RESIDENTIËLE OUDERENVOORZIENINGEN IN VLAANDEREN

Jozef Pacolet, Jeroen Luyten, Liesbeth Op de Beeck, Frederic De Wispelaere,  
Annelies De Coninck & Sofie Kuppens

Projectleiding: Prof. dr. Jozef Pacolet

Onderzoek in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid

*Gepubliceerd door*  
KU Leuven  
HIVA ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING  
Parkstraat 47 bus 5300, 3000 LEUVEN, België  
hiva@kuleuven.be  
www.hiva.be

D/2018/4718/001 – ISBN 9789088360756

© 2018 HIVA KU Leuven

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.  
No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

# Voorwoord

Toen ik als pas afgestudeerde in 1974 mijn loopbaan als onderzoeker aan het HIVA begon, mocht ik meewerken aan de verzameling van basismateriaal voor het doctoraat van Bernard Martens omtrent de prijsverhogingsaangiften en het prijsbeleid in België. In zijn voorwoord lees ik dat de doctorandus onder meer een zekere J.L. Dehaene dankt, adjunct-kabinetschef van de Minister van Economische Zaken. De rest is geschiedenis.

Met een zekere nostalgie naar het verleden heb ik de voorliggende onderzoeksopdracht aangevat, omdat het de gelegenheid bood om even terug te grijpen naar die oude documenten en de context van toen in herinnering te brengen omtrent wat toen een vlaggenschip was van economisch beleid, het prijs- en inkomensbeleid. Het maakt deel uit van het macro-economisch beleid in tijden van inflatie, maar ook van het structuurbeleid wanneer men vreest dat de markt niet optimaal kan functioneren, om monopoliemacht te counteren, voor openbare nutsvoorzieningen die levensnoodzakelijk zijn, om de koopkracht in het algemeen van een bevolking te vrijwaren. U kan het nalezen in het doctoraat van dr. Bernard Martens (1977).

Voorliggend rapport laat zien hoe de geschiedenis lang nawerkt. De sector van de woonzorgcentra blijkt hier nog één van de laatste sectoren geweest te zijn waar het Ministerie van Economische Zaken een prijsbeleid op toepaste. Deze bevoegdheid werd in de jongste staatshervorming overgedragen aan de Gemeenschappen. Wij zullen argumenteren dat ook hier de markt niet optimaal kan werken, of hoe dat de koopkracht van de bewoner moet gevrijwaard worden opdat hij/zij het verblijf in een woonzorgcentrum zal kunnen betalen.

Samen met de collega's die de last van deze voorgeschiedenis niet moesten dragen, hebben wij geprobeerd een hedendaags antwoord te geven op de vraag van de opdrachtgever. Is anno 2017 nog prijscontrole in de woonzorgcentra wenselijk en mogelijk, en hoe moet zij er uitzien in een context van een wijzigende regelgeving van de publieke financiering van de langdurige zorg, waartoe het woonzorgcentrum behoort.

Collega prof. dr. Jeroen Luyten van het Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid (LIGB) heeft er ons voor behoed om de analyse te kaderen in de concepten van de moderne gezondheidseconomie, die uiteraard ook de concepten zijn van de langdurige zorg. De collega's Annelies De Coninck, Frederic De Wispelaere en Liesbeth Op de Beeck hebben elk hun steentje bijgedragen voor de informatieverzameling en rapportering op verschillende momenten van het onderzoek, terwijl collega dr. Sofie Kuppens ons hielp bij de start van dit onderzoek. Prof. dr. Dirk De Ridder zorgde er voor om het LIGB mee te betrekken bij de uitvoering van deze opdracht.

Bij de administratie hebben wij het voorrecht gehad de steun en de aandacht te krijgen van de stuurgroep onder leiding van Eddy Mettepenningen, met Jurgen Claes, Markoen De Smaele, Marleen Cantaert, Veerle Van Der Linden, Nico Vermeiren en Tom Vermeiren. Zij vertegenwoordigen de opdrachtgever, het Agentschap Zorg en Gezondheid. Zij staan in de keuken van de prijscontrole. Wij hadden het gevoel aan een kookboek te schrijven, terwijl de chef-koks in de keuken aan nieuwe gerechten aan het werken waren. Benieuwd hoe het kookboek overeenstemt met het nieuwe menu. Vanuit het Kabinet van Minister Jo Vandeuren keek Bernadette Van Den Heuvel nauwlettend toe op de bruikbaarheid van dit onderzoek voor het geplande beleid. Wij danken de Minister Jo Vandeuren zelf voor de aangename maar ook kritische discussies over dit rapport. Wij danken de opdrachtgever ook om de zogenaamde stakeholders uit te nodigen om hun bedenkingen te geven bij

een ontwerpversie van dit rapport. Voor het beleid, voor hen als stakeholder en voor elk van de individuele aanbieders, werkers en bewoners, is dit rapport geschreven.

Dank aan de collega's en de stuurgroep voor de medewerking en hulp. Dank aan de opdrachtgever voor de geboden onderzoeksmogelijkheden voor een thema dat ons nauw aan het hart ligt, met inbegrip van de mogelijkheid om met 'emeritaat in zicht' ongeveer af te sluiten met hetzelfde thema als waar wij mee begonnen waren. Het geeft het gevoel van 'à la recherche du temps perdu' de tijd toch nuttig te hebben ingevuld. Want van het eerste tot dit onderzoek, wij vonden het steeds even boeiend. Wij hopen dat dit ook geldt voor de lezer en gebruiker van dit rapport.

Prof. dr. Jozef Pacolet

Hoofd onderzoeksgroep Sociaal en Economisch Beleid en Maatschappelijke Integratie

HIVA – Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving, KU Leuven.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Lijst afkortingen</b>	<b>9</b>
<b>Lijst tabellen</b>	<b>11</b>
<b>Lijst figuren</b>	<b>15</b>
<b>Inleiding</b>	<b>17</b>
<b>1   Prijsregulering: theoretische achtergrond en toepassingen in de gezondheidszorg</b>	<b>21</b>
1.1 Vormen van overheidsoptreden en financiering	21
1.2 Argumenten contra prijsregulering	24
1.3 Argumenten pro prijsregulering	28
1.3.1 Efficiëntie	29
1.3.2 Rechtvaardigheid	30
1.4 Casus: prijsregulering van geneesmiddelen	31
1.4.1 Vastgelegde prijzen	31
1.4.2 Interne referentieprijzen	32
1.4.3 Winstregulering	33
1.4.4 Waarde-gebaseerde prijszetting	33
1.5 Casus: prijsregulering van ziekenhuisverblijven	34
1.6 Conclusie	36
<b>2   Prijscontrole van de woonzorgcentra: oorsprong en huidige regeling</b>	<b>37</b>
2.1 Regelgeving	37
2.1.1 Federale oorsprong	37
2.1.2 Regionalisering	40
2.1.3 Overige relevante federale reglementering	40
2.2 Recente evolutie van de prijzen in de woonzorgcentra op basis van sectorgegevens uit Vlaanderen	43
2.3 Vergelijking van de dagprijs met het gemiddeld RIZIV-forfait	48
2.4 De evolutie van de dagprijs in de consumptieprijsindex in België	57
<b>3   Organisatie van de prijscontrole in Vlaanderen en in vergelijking met de andere gewesten</b>	<b>63</b>
3.1 Vlaamse Regeling prijscontrole	63
3.1.1 Jaarlijks indexeren van de dagprijs	63
3.1.2 De prijs verhogen of verlagen van een bestaande dienstverlening	64
3.1.3 De prijs zetten voor een nieuwe dienst of een nieuw product	67
3.2 Reglementering van dagprijs en aanrekenen supplementen	68
3.2.1 Dagprijs	68
3.2.2 Extra vergoedingen (supplementen)	68
3.2.3 Vergoedingen ten gunste van derden	68
3.2.4 Overzicht supplementen en vergoedingen ten gunste van derden	69
3.3 Nieuw financieringsconcept voor infrastructuur in de ouderenzorg (VIPA): het infrastructuurfait	71
3.3.1 De nieuwe VIPA-regeling: wat houdt het in?	71
3.3.2 Voorwaarden	73

3.3.3	Verplichting of vrije keuze?	73
3.3.4	Fasering	73
3.3.5	Nieuw normenkader infrastructuur	73
3.4	Prijscontrole in de andere gewesten	74
3.4.1	Wallonië	74
3.4.2	Brussel	77
3.4.3	Duitstalige Gemeenschap	78
3.5	Samenvattend	79
<b>4</b>	<b>Inloed op de betaalbaarheid van de zorg</b>	<b>83</b>
4.1	Soorten tegemoetkomingen die de betaalbaarheid van het woonzorgcentrum kunnen verbeteren	83
4.1.1	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB)	83
4.1.2	Vlaamse zorgverzekering	84
4.2	Betaalbaarheid van de remgelden in de gezondheidszorg	85
4.2.1	Verhoogde tegemoetkoming (en vroegere OMNIO statuut)	85
4.2.2	Maximumfactuur in de ziekteverzekering	86
4.3	Problematiek van de betaalbaarheid van de woonzorgcentra voor de bewoner in realiteit	88
4.3.1	Empirische evidentie op basis van de studie Socialistische Mutualiteiten/Solidaris	89
4.3.2	Impact van bestaande tegemoetkomingen op de betaalbaarheid (Rapport Vergrijzingscommissie 2016)	90
4.4	Huidig prijsniveau	91
4.5	Impact van prijsverhogingsaangifte	95
4.5.1	Structuur van de prijsverhogingsaangiften	95
4.5.2	Impact van de prijsreglementering op de prijsverhogingen	97
4.5.3	Impact op het algemeen niveau van de dagprijs	101
4.5.4	Vergelijking van de prijsevolutie mei 2016-mei 2017 in de steekproef met de rest van de sector	103
4.5.5	Implicaties voor de bewoner	106
4.5.6	Determinanten van de prijsverhoging	107
<b>5</b>	<b>Inloed op de levensvatbaarheid van het aanbod</b>	<b>113</b>
5.1	Relatie tussen winstgevendheid en prijsniveau	113
5.2	Relatie tussen de dagprijs en het RIZIV-forfait	114
5.3	Impact van de prijsverhoging op de totale omzet en marge	117
<b>6</b>	<b>Plaats van de prijscontrole in een context van persoonsvolgende financiering: een toekomstverkenning?</b>	<b>119</b>
6.1	Voorbeeld van persoonsvolgende financiering in Vlaanderen: het nieuwe stelsel voor personen met beperkingen	119
6.2	Trap 1: basisondersteuningsbudget (BOB)	119
6.3	Trap 2: persoonsvolgend budget (PVB)	119
6.3.1	Aanvraagprocedure	120
6.3.2	Budgetcategorieën	120
6.3.3	Ondersteuning kiezen en organiseren	121
6.3.4	Ondersteuning betalen	122
6.4	Lessen voor de prijscontrole in de woonzorgcentra	123
<b>7</b>	<b>Uitbouw van de sociale bescherming van de residentiële ouderenzorg in andere landen en de rol van prijscontrole</b>	<b>125</b>
7.1	Uitbouw langdurige zorg: situering van de weerhouden landenstudies	125
7.1.1	Situering weerhouden landen op basis van Ageing Report 2015	127
7.1.2	Situering weerhouden landen op basis van gezondheidszorgrekeningen (SHA 2011)	130
7.2	Nederland	134
7.2.1	Stelsel	134
7.2.2	Prijsbepaling	135
7.3	Duitsland	137
7.3.1	Stelsel	137
7.3.2	Prijsbepaling	140

7.4	Oostenrijk	142
7.4.1	Stelsel	142
7.4.2	Onderscheid tussen uitkering in geld en als dienstverlening (in cash versus in kind)	143
7.4.3	Eigen bijdragen en prijsbepaling	146
7.5	Luxemburg	148
7.5.1	Stelsel	148
7.5.2	Prijsbepaling	149
7.6	Betaalbaarheid	150
7.7	Samenvattend	151
<b>8</b>	<b>  Samenvatting en besluit</b>	<b>153</b>
8.1	Context van staatshervorming	153
8.2	Onderzoeksvragen	153
8.3	Nieuwe regeling prijscontrole en infrastructuurforfait	154
8.4	Theoretische argumenten voor en tegen prijscontrole	156
8.5	Lessen uit de vroegere prijsevolutie en prijsreglementering	157
8.6	Lessen uit de recente prijsverhogingsaanvragen	159
8.7	Lessen uit de internationale vergelijking	162
8.8	Persoonsvolgende financiering	164
8.9	Eindconclusie	164
<b>-</b>	<b>BIJLAGEN -</b>	<b>167</b>
bijlage 1	Aandeel gefactureerde dagen naar zorgforfait en per regio en totaal voor België, 2003-2017	169
bijlage 2	Evolutie van de dagprijs in Vlaanderen, Wallonië, Duitstalige Gemeenschap	172
bijlage 3	Weerhouden variabelen in de prijsverhogingsaangiften	174
bijlage 4	Internationale vergelijkingspunten	176
	<b>Referenties</b>	<b>179</b>





# Lijst afkortingen

<b>ADL</b>	Activities Daily Living
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>BBP</b>	Bruto Binnenlands Product
<b>BOB</b>	Basisondersteuningsbudget
<b>CADO</b>	Collectieve Algemene DagOpvang
<b>CAK</b>	Centraal Administratiekantoor
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups
<b>FOD</b>	Federale Overheidsdienst
<b>Formulier A (A60)</b>	Prijsverhoging naar aanleiding van infrastructuurinvesteringen
<b>Formulier BE (BE)</b>	Prijsverhoging door andere kosten
<b>Formulier BENP (A30)</b>	Prijs van een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer voor nieuwe bewoners (uitbreidingsnieuwbouw)/prijsverhoging van een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer voor bestaande en nieuwe bewoners (vervangings- en uitbreidingsnieuwbouw)
<b>INR</b>	Instituut voor de Nationale Rekeningen
<b>KB</b>	Koninklijk Besluit
<b>MKG</b>	Minimale Klinische en Geneeskundige Gegevens
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
<b>OESO</b>	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
<b>PVB</b>	Persoonsvolgend Budget
<b>PVF</b>	Persoonsvolgende Financiering
<b>RIZIV</b>	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
<b>RVT</b>	Rust- en verzorgingstehuis
<b>SHA</b>	System of Health Accounts
<b>SWOT</b>	Strengths, weaknesses, opportunities and threats
<b>THAB</b>	Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden
<b>VAPH</b>	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
<b>VIPA</b>	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
<b>vzw</b>	Vereniging Zonder Winstoogmerk
<b>WZC</b>	Woonzorgcentrum
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>Wlz</b>	Wet Langdurige Zorg
<b>Wmo</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
<b>WVG</b>	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
<b>Zzp</b>	Zorgzwaartepakket
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet



# Lijst tabellen

Tabel 2.1	Prijzen van hoorapparaten in België, 2013, bedrag in euro	43
Tabel 2.2	Gemiddelde dagprijs voor een eenpersoonskamer in een woonzorgcentrum, Vlaanderen, 2012	44
Tabel 2.3	Meervoudig regressiemodel op de geafficheerde dagprijs van eenpersoonskamers in de woonzorgcentra (Vlaanderen, 2012)	45
Tabel 2.4	Synthese gefragmenteerde informatie over nominale en reële evolutie dagprijs in de verschillende gewesten	48
Tabel 2.5	Evolutie RIZIV-forfaits, in prijzen van 2015	50
Tabel 2.6	Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2002, 1 <sup>ste</sup> kwartaal	51
Tabel 2.7	Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2016, 1 <sup>ste</sup> kwartaal	52
Tabel 2.8	Evolutie van de RIZIV-forfaits, in aandeel gefactureerde dagen, 2002-2017, eerste kwartaal, Vlaamse Gemeenschap	53
Tabel 2.9	Evolutie van de RIZIV-forfaits, gewogen met het aandeel in die periode in het totaal aantal gefactureerde dagen, in prijzen van 2015, Vlaanderen	55
Tabel 2.10	Evolutie gemiddeld RIZIV-zorgforfait in de gewesten en in België, vergeleken met de dagprijs bewoners Vlaanderen, 1991-2017, in prijzen van 2015	56
Tabel 2.11	Aandeel van de rusthuizen en de sociale bescherming in de totale korf van de index van consumptieprijzen, België en vergelijking met aandeel personen in woonzorgcentra in totale bevolking, Vlaanderen	60
Tabel 3.1	Begrenzing gemiddelde prijsverhoging en prijsverhoging per kamertype	65
Tabel 3.2	Cijfervoorbeeld begrenzing en goedkeuring prijsverhogingen onder formulier A (in euro)	65
Tabel 3.3	Gefaseerde invoering (in euro)	65
Tabel 3.4	Cijfervoorbeeld begrenzing en goedkeuring prijsverhogingen onder formulier B-E (in euro)	66
Tabel 3.5	Overzicht dagprijs, supplementen en vergoedingen ten gunste van derden	69
Tabel 3.6	Verzorgingsmateriaal gedekt door RIZIV-forfaits	71
Tabel 3.7	Elementen van de dagprijs die in aanmerking komen voor de prijsaangifte voor het infrastructuurforfait	72
Tabel 3.8	Normenkader erkenning versus VIPA-normen	74
Tabel 3.9	Vormen van prijsaangifte en prijsverhogingsaangifte	81
Tabel 3.10	Aantal ingediende prijsdossiers in Vlaanderen, vierde kwartaal 2015 tot en met derde kwartaal 2016	82
Tabel 4.1	Voorwaarden tegemoetkoming hulp aan bejaarden	83
Tabel 4.2	Criteria zelfredzaamheid	83
Tabel 4.3	Zelfredzaamheidscategorie en maximale tegemoetkomingen (in euro)	84
Tabel 4.4	Gezinssituatie en grensbedrag totaal inkomen (in euro)	84
Tabel 4.5	Criteria zorgbehoefte thuis- en mantelzorg	85
Tabel 4.6	Automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming	86
Tabel 4.7	Specifieke groepen	86

Tabel 4.8	Voorbeeld kosten maximumfactuur	87
Tabel 4.9	Maximumbedrag per inkomensschijf 2016 (in euro)	87
Tabel 4.10	Nulmeting dagprijs WZC 1 mei 2016, naar kamertype en juridisch statuut en totaal	92
Tabel 4.11	Vergelijking populatie Nulmeting dagprijs WZC 1 mei 2016 met situatie 2012, en vergelijking met situatie mei 2017	93
Tabel 4.12	Aantal voorzieningen geïdentificeerd in de twee databanken 2012 en 2016, naar juridisch statuut en werkelijk economische eigendom	94
Tabel 4.13	Vergelijking profiel voorzieningen in de steekproef met de nulmeting, volgens juridisch statuut	96
Tabel 4.14	Aantal dossiers, capaciteit en mediaanwaarden voor de verantwoorde prijsstijging, de aangevraagde en toegestane prijsverhogingen	100
Tabel 4.15	Aantal dossiers, capaciteit en gemiddelde prijsverhogingen in % van de oorspronkelijke prijs	100
Tabel 4.16	Aantallen, capaciteit en gewogen gemiddelde oorspronkelijke en nieuwe prijs	101
Tabel 4.17	Verschil dagprijs in de nulmeting mei 2016 in de oude en nieuwe (of niet gekende) voorzieningen en de steekproef	101
Tabel 4.18	Nominale prijswijziging 2012 – mei 2016 in euro in alle voorzieningen naar eigendomsstructuur en in de steekproef van voorzieningen met een recente prijsverhogingsaanvraag	102
Tabel 4.19	Raming van de impact van de prijsverhogingsdossiers op de totale prijsstijging in de sector	103
Tabel 4.20	Evolutie dagprijs mei 2016 - mei 2017 in de steekproef prijsverhogingsaangiften, en vergelijking met de aangevraagde prijsverhogingen	105
Tabel 5.1	Impact van de dagprijsverhoging op de omzet van de voorzieningen	118
Tabel 6.1	Budgetcategorieën en personeelspunten persoonsvolgend budget	121
Tabel 6.2	Ondersteuningsfuncties	121
Tabel 6.3	Vrij besteedbaar budget per budgetcategorie	123
Tabel 7.1	Publieke uitgaven voor langdurige zorg, totaal en in % van BBP en totaal per gebruiker, 2013	127
Tabel 7.2	Aantal gebruikers van residentiële zorg, thuiszorg en uitkering in geld en als % van de totale bevolking, 2013	129
Tabel 7.3	Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013 <i>naar functie</i>	132
Tabel 7.4	Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het bbp, 2013, <i>naar functie en financiering</i>	133
Tabel 7.5	Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013, <i>naar verstrekker</i>	134
Tabel 7.6	Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013 <i>naar verstrekker en financiering</i>	134
Tabel 7.7	Zorgzwaartepakketten Verpleging en Verzorging, impliciete tijd en maximumtarieven, 2015	135
Tabel 7.8	Vergelijken van de oude met de nieuwste zorgcategorieën, tegemoetkomingen en eigen bijdragen in Duitsland	139
Tabel 7.9	Verhouding gemiddelde tenlasteneming ten opzichte van de gemiddelde werkingskost, 2007	142
Tabel 7.10	Gerechtigden op langdurige zorg in Oostenrijk, in aantallen en in budget	144
Tabel 7.11	Categorieën van hulpbehoevendheid, criteria en uitkering in geld	145
Tabel 7.12	Evolutie van het aantal gerechtigden en totale uitgaven 'Pflegegeld' (1995-2015)	146

Tabel 7.13	Vergelijking van de kosten in residentiële en thuiszorg	149
Tabel 7.14	Uitkering in geld en in natura in de thuiszorg in Luxemburg, periode 2011-2014	149
Tabel 7.15	Aantal gerechtigde in de zorgverzekering, naar aantal toegekende uren, 2014	150
Tabel 8.1	Vormen van prijsaangifte en prijsverhogingsaangifte	156
Tabel 8.2	Synthese gefragmenteerde informatie over nominale en reële evolutie dagprijs in de verschillende gewesten	159



# Lijst figuren

Figuur 1.1	Financiering van zorgnaden via publieke en private verzekering	22
Figuur 1.2	Matrix over de financiering en organisatie van ouderenzorg	22
Figuur 1.3	Risico's en dekking van risico's in de ouderenzorg, met inbegrip van de eigen bijdragen	23
Figuur 1.4	Producenten- en consumentensurplus bij vrije prijsvorming	25
Figuur 1.5	Grafische weergave van de impact van een prijscontrole	26
Figuur 1.6	Prijselasticiteit en verdeling van het welvaartsverlies	27
Figuur 2.1	Evolutie gemiddelde dagprijs in de sector van de woonzorgcentra in Vlaanderen, in reële termen (in euro van 2015)	47
Figuur 2.2	Evolutie van de forfaitcategorieën, in euro, prijzen van 2015	50
Figuur 2.3	Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2002, 1 <sup>ste</sup> kwartaal	52
Figuur 2.4	Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2016, 1 <sup>ste</sup> kwartaal	53
Figuur 2.5	Evolutie van de RIZIV-forfaits, in aandeel gefactureerde dagen, 2002-2017, eerste kwartaal, Vlaamse Gemeenschap	54
Figuur 2.6	Evolutie gemiddeld RIZIV-zorgforfait voor Vlaanderen in vergelijking met dagprijs bewoners Vlaanderen, 1991-2017, in prijzen van 2015	56
Figuur 2.7	Evolutie gemiddeld RIZIV-zorgforfait in de gewesten en in België, vergeleken met de dagprijs bewoners Vlaanderen, 1991-2017, in prijzen van 2015	57
Figuur 2.8	Berekend gewogen gemiddeld RIZIV-forfait voor de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2015	57
Figuur 2.9	Vergelijking evolutie dagprijs woonzorgcentrum met algemene prijsindex en index gezondheidszorg, België, 2006-2017 (2013=100)	59
Figuur 2.10	Vergelijking evolutie dagprijs woonzorgcentrum met algemene prijsindex en index gezondheidszorg, België, 2010-2017 (januari 2010=100)	59
Figuur 2.11	Vergelijking jaarlijkse prijsstijging van de woonzorgcentra met de algemene consumptieprijsindex, België, 2011 -2017	62
Figuur 4.1	Nulmeting dagprijs: dagprijs 2016 versus erkende capaciteit	92
Figuur 4.2	Relatie tussen nulmeting 2016 en prijs FOD Economie in 2012	95
Figuur 4.3	Relatie tussen aangevraagde prijsverhoging en schaal	97
Figuur 4.4	Relatie huidig prijsniveau en aangevraagde en toegelaten nieuwe dagprijs	98
Figuur 4.5	Prijsverhogingen in de A30-dossiers	99
Figuur 4.6	Prijsverhogingen in de A60-dossiers	99
Figuur 4.7	Prijsverhogingen in de BE-dossiers	99
Figuur 4.8	Verhouding tussen de aangevraagde prijsverhogingen en de prijsevolutie tussen mei 2016 – mei 2017	105
Figuur 4.9	Geschatte verhoging van de dagprijs voor de bewoners, in euro per dag	107
Figuur 4.10	Geschatte verhoging van de dagprijs voor de bewoners, in euro per maand	107
Figuur 4.11	Geschatte verhoging van de dagprijs voor de bewoners, in euro per jaar	107
Figuur 4.12	Oppervlakte van de kamer en collectieve ruimte, voor en na de prijsverhoging, in m <sup>2</sup>	109



Figuur 4.13	Toename van de oppervlakte van de kamer en de collectieve ruimte, in m <sup>2</sup>	109
Figuur 4.14	Verdeling van de toename van de oppervlakte per bewoner tussen de kamer en de collectieve ruimte	109
Figuur 4.15	Relatie tussen toename oppervlakte en verantwoording verhoging prijs	110
Figuur 4.16	Relatie tussen toename oppervlakte kamer en verantwoording verhoging dagprijs	110
Figuur 4.17	Relatie tussen toename oppervlakte en toegestane verhoging dagprijs	111
Figuur 4.18	Relatie tussen huidige dagprijs (in euro per dag) en oppervlakte per bewoner (in m <sup>2</sup> per bewoner)	111
Figuur 5.1	Relatie tussen wijziging dagprijs (in %) en winstgevendheid (in euro per dag) in de totale populatie en in de steekproef	113
Figuur 5.2	Wijziging dagprijs 2012 - 2016 (in % van de prijs van 2012) en rendabiliteit 2012 (in euro per dag)	114
Figuur 5.3	Toegestane prijsverhogingen 2015-2016 (in euro per dag) en rendabiliteit 2012 (in euro per dag)	114
Figuur 5.4	Relatie tussen de dagprijs en het RIZIV-forfait, Vlaanderen, 2015 en 2016, in euro per dag per bewoner	116
Figuur 5.5	Relatie tussen de dagprijs en het RIZIV-forfait naar eigendomsstructuur en voor de streekproef, Vlaanderen, 2015 en 2016, in euro per dag per bewoner	116
Figuur 5.6	Relatie tussen de prijsevolutie 2012 – 2016 en het RIZIV-forfait naar eigendomsstructuur en voor de steekproef, 2012-2016 en 2015, in euro per dag per bewoner	117
Figuur 7.1	Percentage van de bevolking dat langdurige zorg krijgt in natura of in cash en uitgaven voor langdurige zorg als % van het BBP, 2013	130
Figuur 7.2	Private en publieke uitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg (2013)	131
Figuur 7.3	Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013, naar financiering (HF) voor HC3	132
Figuur 7.4	Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, naar functie, in % van het BBP (2013)	133
Figuur 7.5	Zorgtijd per zorgcategorie in Duitsland, in minuten per dag	141
Figuur 7.6	Financiering van de langdurige zorg in Oostenrijk (rond 2010)	143
Figuur 8.1	Evolutie RIZIV-zorgforfait in vergelijking met dagprijs bewoners in Vlaanderen, 1991-2017, prijzen van 2015	158
Figuur 8.2	Verhouding tussen de aangevraagde prijsverhogingen en de prijsevolutie tussen mei 2016 – mei 2017 (nominale prijzen, 57 voorzieningen in Vlaanderen, in euro per dag)	162

# Inleiding

De zesde staatshervorming heeft aanzienlijke bevoegdheden overgedragen naar de Gemeenschappen op het vlak van de ouderenzorg. Dit zijn onder meer de financiering van de woonzorgcentra die overkomen van het RIZIV, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden die overkomt van de FOD Sociale Zekerheid en de prijscontrole van de rusthuizen. De Vlaamse Regering zal een aantal van deze nieuwe bevoegdheden onderbrengen in de uit te bouwen Vlaamse Sociale Bescherming. De overdracht van deze bevoegdheden is voor de Vlaamse Regering de gelegenheid om, na een periode van bevrozing van de regels, tal van deze mechanismen te herbekijken en te stroomlijnen met een aantal andere voorzieningen.

De financiering van de voorzieningen betreft zowel de publieke financiering als de eigen bijdragen of de dagprijs. De financieringsmechanismen dienen zowel de betaalbaarheid voor de gebruiker, als het financiële evenwicht van de zorgverstrekker als de duurzaamheid voor de overheid te verzoenen.

De Federale overheid was tot 1 juli 2014 verantwoordelijk voor de prijscontrole van de woonzorgcentra. De bevoegdheid werd sindsdien via een overgangsprotocolakkoord overgeheveld tot 1 januari 2015. Vanaf 1 januari is het de bevoegdheid van de Vlaamse overheid. Sinds die datum is een nieuwe Vlaamse reglementering en procedure van prijsveranderingen ingevoerd die in werking is getreden sinds 1 oktober 2015, met name een procedure voor prijsverhoging omwille van substantiële infrastructuurwerken, een prijsverhoging omwille van andere redenen (inbegrepen verlieslatendheid), een procedure voor indexering, een procedure voor prijsverlagingen, en de melding van het aantal woon-eenheden in de diverse categorieën. Bovendien is er een aanzienlijke transparantie (lees: explicitering) voor de gehanteerde normering aangebracht. Deze zijn van toepassing op de gemiddelde prijsverhogingen; prijsverhoging per categorie, indexering, voor bestaande en nieuwe bewoners, voor substantiële aanpassingen of meer beperkte, rekening houdend met de structuur van de eigendom van de infrastructuur.

In de beleidsbrief WVG 2015-2016 van minister J. Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, staat echter: “[...] *In een tweede fase wordt een integratie in de Vlaamse Sociale Bescherming beoogd en dit gerelateerd aan het persoonsvolgende financieringsconcept dat we willen realiseren.* [...]”. De dagprijzen dienen dus een plaats te krijgen in het nieuwe financieringsmodel voor residentiële ouderenzorg.

Tegen deze achtergrond wenst de Vlaamse overheid, Agentschap Zorg en Gezondheid, een onderzoek naar de noodzaak van en de voorwaarden voor de ontwikkeling van een duurzaam systeem van prijzencontrole voor de ouderenvoorzieningen in Vlaanderen te laten uitvoeren. Het voorwerp van deze opdracht bestaat uit vier deelaspecten:

1. Het uitvoeren van een deskresearch van buitenlandse literatuur van hoe men aan prijzencontrole doet in andere landen van Europa in de residentiële ouderenzorg in relatie tot het gezondheidszorgfinancieringssysteem.
2. Het maken van een SWOT-analyse van enerzijds het hebben van een prijzencontrolesysteem en anderzijds van het afschaffen van het prijzencontrolesysteem al dan niet in het kader van een persoonsvolgende financiering.

3. Nagaan hoe een eventueel prijzencontrolesysteem zich verhoudt tot een persoonsvolgende financiering op het vlak van de woon-, de zorg- en de welzijnscomponent.
4. Onderzoeken of het loslaten van het prijzencontrolesysteem een belemmerend of een stimulerend effect zal hebben op de financiële toegankelijkheid van voorzieningen, in het licht van de persoonsvolgende financiering.

De onderzoeksvraag van de overheid verwacht een evaluatie van de wenselijkheid en de impact van een duurzaam systeem van prijzencontrole gegeven de context van de veranderingsopties die de Vlaamse Overheid genomen heeft met de invoering van de Vlaamse Sociale Bescherming. Dit creëert een driedubbele moeilijkheidsgraad waarbij niet alleen een evaluatie moet gegeven worden van de impact van de prijzencontrole in het verleden, de huidige gewijzigde regelgeving en procedures, maar ook de mogelijke impact binnen een context van een persoonsvolgende financiering. Deze persoonsvolgende financiering zou immers een alternatief worden voor de huidige instellingfinanciering, en de vraag is dan in welke mate zal rekening gehouden worden met de tenlasteneming van de kosten door de bewoners/gebruikers zelf. De huidige regelgeving bepaalt enerzijds de publieke financiering en controleert anderzijds de dagprijs. Beide zijn evenwel complementair en kunnen communicerende vaten zijn.

De offertevraag voorziet een viertal dimensies waarop men het huidige stelsel van prijscontrole wenst te evalueren in het huidige kader van de financiering van de woonzorgcentra. Hierbij is de prijscontrole enkel beperkt tot de dagprijs of eigen bijdrage van de bewoner in de totale kostprijs. Dit situeert zich, zoals beschreven in een recente studie over de financiering van de residentiële ouderenvoorzieningen (Pacolet & De Coninck, 2015), in een complex stelsel van andere financieringsmechanismen en financieringsstromen. Zo is er de instellingfinanciering (voorheen van het RIZIV) gebaseerd op zowel de zorgbehoefte, als de personeelsnormen, de personeelskost, aanpassingen aan kostenstijgingen etc. die het in termen van de prijzencontrole zelfs vergelijkbaar maakt met een vorm van impliciete overeenkomst omtrent de kostencomponenten en de publieke tenlasteneming. Daarnaast is er de dagprijs, die een soort van remgeld is, waarop de prijzencontrole van toepassing is, alhoewel het door het RIZIV nooit gedefinieerd werd als remgeld, en ook niet in aanmerking is genomen voor bijvoorbeeld de maximumfactuur.

Zoals in onze eerder vermelde studie over de financiering van de residentiële ouderenzorg (Pacolet & De Coninck, 2015) is gebleken, is de rendabiliteit van deze voorzieningen een complex samenspel van diverse financieringsmechanismen en determinanten die zowel een invloed hebben op de kostprijs, de publieke financiering, als de dagprijs. Verder spelen regionale verschillen, eigendomsstructuur (met name of het een openbare voorziening, een private for-profit voorziening of private non-profit is) en financiering van de infrastructuur verder een rol. De overheid normeerde op diverse manieren deze elementen, die elk op zich een evaluatie verdienen, of waarbij nieuwe vragen opgeroepen worden.

Zo is de nieuwe toepassing van de prijsreglementering en procedure van prijsverhogingen waarvan Vlaanderen sinds 2015 de verantwoordelijke overneemt, niet alleen grondig geautomatiseerd om efficiënter te verlopen, maar ook om meer en betere beleidsinformatie<sup>1</sup> op te leveren. Deze is ook bruikbaar in dit onderzoek. Tal van parameters in de reglementering zijn ingevoerd (verhogingspercentages, termijnen) waarvan enerzijds de origine en anderzijds de impact zou dienen te worden bestudeerd. Het is immers met een wijziging van regime dat men als het ware in een semi-experimentele context de impact van veranderingen kan constateren. De timing van het onderzoek laat toe een eerste keer de impact van de veranderingen in de regelgeving na te gaan in de nieuwe prijsverhogingsaangiften sindsdien.

<sup>1</sup> In de studie over de financiering van de residentiële ouderenzorg (Pacolet & De Coninck, 2015) bleek immers de gebrekkige informatie die thans beschikbaar was over de prijsverhogingsaangiften, en de analyses die daarvan op basis van deze gegevens werden gemaakt. Zo beschikte men wel over prijzen naar kamertype, maar was er geen informatie over het aantal van elke van deze types.

Om al deze reden zullen wij, om een antwoord te bieden op de vier eerder geformuleerde doelstellingen, een gedifferentieerde methodologie toepassen, maximaal gebruik makend van de theoretische en empirische alsook nationale en internationale expertise van de equipe; zoals onderstaand geïllustreerd.

- Analyse van de theoretische impact van prijscontroles, en dit naargelang de vorm (maximumprijzen, prijsverhogingsaangiften, programmaovereenkomsten met de sector, reglementering van de rendabiliteit).
- Ervaring met de Belgische prijscontroles in het algemeen op basis van secundaire analyse van de vroegere studies.
- Evaluaties van de prijscontrole in de sector van de woonzorgcentra.
- Inschatting van de modaliteiten van persoonsvolgende financiering die volledig in cash of via een stelsel van vouchers wordt georganiseerd, wat neerkomt op het huidige forfaitstelsel.
- Ervaring met de prijzentoets die het VIPA hanteerde bij de subsidieaanvragen.
- Analyse van de prijscontroles aanwezig in de 'long-term care' voorzieningen in een geselecteerd aantal landen waar een al dan niet gecombineerd systeem van 'in kind' en 'in cash' financiering bestaat.
- Analyse van de prijsverhogingsaangiften sinds het vierde kwartaal 2015 volgens het nieuwe stelsel ingevoerd door de Vlaamse Regering en waarbij nadrukkelijk is voorzien dat een gedetailleerde verantwoording en registratie gebeurt, dienstig voor verder beleidsvoorbereidend onderzoek.

Samenvattend kan gesteld worden dat we beogen een theoretische inschatting te maken van de mogelijke gevolgen van het al dan niet bestaan van de prijzencontrole, onder mogelijke hypothesen omtrent de modaliteiten van de persoonsvolgende financiering.



# 1 | Prijsregulering: theoretische achtergrond en toepassingen in de gezondheidszorg

In dit eerste inleidende hoofdstuk zal een algemene theoretische achtergrond worden gegeven bij overheidsinterventie in de productie en verdeling van goederen en diensten in de zorgsector en er zal specifiek worden ingegaan op de voor- en nadelen van prijsregulering. We zullen enkele concrete voorbeelden bespreken uit de gezondheidszorg en waar mogelijk zal de parallel getrokken worden met de sector van de woonzorgcentra. Dit algemene en inleidende overzicht moet een kader scheppen waarop in de volgende hoofdstukken kan voortgebouwd worden en moet elementen aanreiken die in de discussie van tel kunnen zijn.

## 1.1 Vormen van overheidsoptreden en financiering

Er zijn weinig sectoren van het economische leven waarin de overheid een even grote rol op zich neemt als in de gezondheids-, welzijns- en zorgsector. Overheidsinterventie kan echter verschillende vormen aannemen. De overheid kan de productie en verdeling van goederen en diensten reguleren en controleren, bijvoorbeeld via het toelaten en erkennen van bepaalde zorgverstrekkers tot het regulering van specifieke prijzen. Ook kan ze het aanbod zelf voor haar eigen rekening nemen via overheidsproductie en via het aanleveren van openbare diensten. Ze kan productie door derden ondersteunen door middel van het toekennen van subsidies. En ze kan de aankoop van goederen en diensten vergemakkelijken via inkomenstransfers naar consumenten. De motieven van dergelijk overheidsoptreden heeft de welzijnszorg gemeen met de gezondheidszorg, en zij gelden voor nagenoeg alle deelsectoren. Enerzijds is er een ‘marktfalen’ aan de vraag- én aanbodzijde en dit zorgt ervoor dat de productie en verdeling van deze goederen en diensten niet efficiënt verloopt zonder dat de overheid ingrijpt of ondersteunt. Een aantal van de welzijnsdiensten worden in een markteconomie meer intensief door de overheid op zich genomen als de terugverdieneffecten voor de economie duidelijk worden. Het gaat om de zogenaamde ‘positieve externaliteiten’. Zo zijn het onderwijs, de kinderopvang en gezondheidszorg niet alleen basisvoorzieningen, maar ondersteunen ze ook de productiefactor ‘arbeid’, wat een aanzienlijke bijdrage levert tot de economische ontwikkeling (Baert, 1990). Anderzijds kan er onvoldoende gelijke koopkrachtverdeling aanwezig zijn in de samenleving om producten en diensten rechtvaardig via de markt te laten verdelen. Ongelijkheden in welvaart zullen zich vertalen in ongelijke toegang tot essentiële producten en diensten en dat zou tot allerlei sociale wantoestanden leiden. Op deze marktfalingen zullen we in de volgende secties van dit hoofdstuk dieper en uitgebreider ingaan.

Welke vorm het overheidsoptreden hier nu net moet aannemen is echter een bron van discussie. Vaak wordt er een opsplitsing gemaakt tussen een tussenkomst ‘*in cash*’ en ‘*in kind*’. In het eerste geval wordt er inkomen verschaft waarmee bepaalde goederen en diensten aangekocht kunnen worden. In het tweede geval wordt het goed of de dienst in kwestie onmiddellijk verschaft aan de consument. In principe zou een geldelijke transfer voorrang moeten genieten op één in natura, aangezien op die manier de individuele voorkeuren en keuzevrijheid van consumenten maximaal gerespecteerd worden. ‘In kind’ transfers zijn dan weer beter wanneer de overheid net de consumptie van specifieke goederen wil garanderen of stimuleren, bv. onderwijs of gezondheidsscreening, en op die manier net (paternalistisch) de keuzevrijheid wil overschrijden. In de welzijnszorg en de sociale sector is ‘in

natura' daarom doorgaans een dominante ondersteuningsvorm omdat het hier gaat om goederen en diensten die als onontbeerlijk en noodzakelijk worden beschouwd. Figuur 1.1 en 1.2 geven weer hoe en waar de overheid kan tussenbeide komen in de specifieke context van de financiering en organisatie van de ouderenzorg.

Figuur 1.1      Financiering van zorgnoden via publieke en private verzekering

Financiering van de zorgnoden									
Bevoegde eenheid	Aard van de zorgnod	Sociale bijstand	Private financiering		'In cash' Tegemoetkomingen	Publieke financiering Federale, Vlaamse, provinciale of lokale overheid			
			Verplichte verzekering	Bijkomende verzekering		'In kind' Aanbodfinanciering			
						Publieke non-profit	Private non-profit	Private for-profit	
Zorgbehoevende persoon	Medisch - paramedisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leden van feitelijk gezin	Niet-medisch professionele diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leden van mutualistisch gezin	Niet-medisch mantelzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...	Niet-medisch hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...	Niet-medisch vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bron Pacolet, Bouten, Lanoye en Versieck (1998)

Figuur 1.2      Matrix over de financiering en organisatie van ouderenzorg

■ Organisatievorm				■ Financieringsvorm		
				Informele sector	Formele sector	
					Privaat	Publiek
■ In cash Financiële steun	□ Informele zorg	□ Formele professionele zorg	Privaat	Zelfhulp, wederzijdse hulp (altruïsme en liefdadigheid)	Verzekering en sparen (via repartitie- of fondsvorming)	Transfers (sociale zekerheid, bestaansminimum)
				Zelfhulp (hulp van het sociaal netwerk)	Betaald vrijwilligerswerk	Financiële steun van de overheid is denkbaar
				Soms commerciële organisators van liefdadigheidsacties	Commerciële ondernemingen op de private markt	Organisaties met winstoogmerk op een gesubsidieerde markt
				Private sector zonder winstoogmerk gesponsord door liefdadigheid	Eigen bijdragen	Gesubsidieerde private sector zonder winstoogmerk
■ In kind In natura, onder de vorm van diensten			Publiek		Eigen bijdragen	Volledig publiek gefinancierd

Bron Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck (1998), p. 40

Hoe de overheid, of de diverse overheden, hun tussenkomst financieren kan ook diverse vormen aannemen. Volgende bijdrage- of ‘contributiemechanismen’ worden doorgaans onderscheiden: publieke sociale bijdragen, belastingen, aanvullende en vervangende verzekeringen (privé-verzekeringen en via ziekenfondsen, aanvullende sociale verzekeringen zoals bv. de hospitalisatieverzekering), zelf verzekeren (indien de kosten laag zijn), sparen bij lage kost en voorspelbare zorgbehoefte, en nadien ontsparen, bijvoorbeeld ook door het gebruik van de omgekeerde hypotheek, ontlenen en schuldfinanciering door de overheid en/of privé investeringsmiddelen aantrekken, remgelden en eigen bijdragen. Figuur 1.3 geeft weer hoe deze financieringsbronnen vorm krijgen in de ouderenzorg.

**Figuur 1.3** Risico's en dekking van risico's in de ouderenzorg, met inbegrip van de eigen bijdragen

Financiering										
Te vervullen noden	Sociale bijstand					Sociale zekerheid			Publieke financiering van	
	Private medeverzekering					Beroepszorg			Private sector	
	Bejaarden Familie	Private medeverzekering	Private verzekering	Verplichte private verzekering	Beroepszorg	Pensioenen Gezondheid	Andere	Publieke diensten (incl. org.)	Private sector zonder winstloog- merk	Private sector met winstloog- merk
□ Inkomen										
□ Huisvesting										
□ Verblijfskosten										
□ Zorgkosten										
□ Kost. v. medische beh.										
□ Informele zorg (en opportuniteitskosten)										
□ Rechtsbescherming										

Bron Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck (1998), p. 40

In dit onderzoeksproject staat het overheidsingrijpen via prijsregulering centraal. In de volgende secties van dit hoofdstuk zullen we ons dan ook enkel richten op deze vorm van interventie. De centrale doelstelling van prijsregulatie is om via het controleren van de dagprijs in het woonzorgcentrum ervoor te zorgen dat er geen onderconsumptie is, i.e. dat diegenen die nood hebben aan een opname ook effectief toegang hebben. Dit omhelst een betaalbare prijs voor de gebruiker maar tegelijk echter moeten we er ook over waken dat het aanbod economisch levensvatbaar blijft en er geen ‘onderaanbod’ ontstaat. In de volgende secties zal een summier theoretische achtergrond geschetst worden bij overheidsinterventie inzake prijszetting. We zullen beginnen met de case contra prijsregulering en nadien zullen we de argumenten pro bespreken. Beide kanten bevatten belangrijke elementen om de verdiensten en consequenties van een prijsreguleringssysteem goed in te kunnen schatten, een evenwichtig oordeel te kunnen vellen en specifieke modaliteiten op te stellen die de doelstelling om zowel onderconsumptie als onderaanbod zoveel mogelijk te vermijden kunnen bereiken. Na de theorie zullen we enkele voorbeelden van prijsregulering bespreken die momenteel geïmplementeerd zijn in de gezondheidszorg: de prijs van geneesmiddelen en van ziekenhuisverblijven. Dit alles dient dan als algemeen kader en introductie om de specifieke discussie omtrent de woonzorgsector die volgt in de daaropvolgende hoofdstukken vorm te geven.



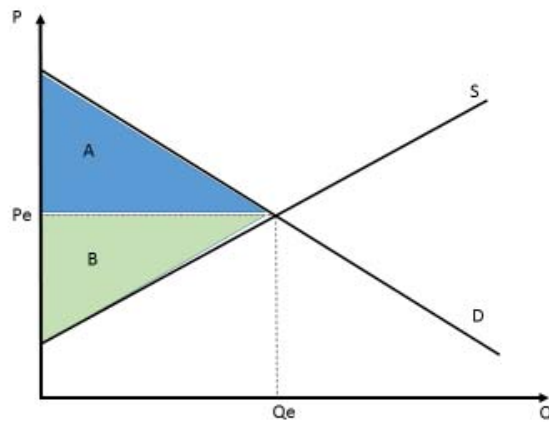
## 1.2 Argumenten contra prijsregulering

Hoeveel we willen opgeven voor iets, zegt iets over de waarde van een goed of dienst. Op een goed werkende markt signaleert de prijs de waarde van een goed, in ons geval de waarde van een dag verblijf in het woonzorgcentrum. Die waarde staat dus in functie van de ‘opportuiniteitskosten’: de opofferingen die gemaakt moeten worden in de vorm van verloren gegane alternatieve consumptiemogelijkheden, en dit zowel langs de kant van consumenten als van producenten. Zoals uitgelegd zal worden in de volgende secties kan de overheid door te interveniëren in de spontane prijsvorming (onbedoeld) een welvaartsverlies veroorzaken voor zowel de consument als producent.

*Consumentensurplus.* Door te observeren welke hoeveelheid van een goed of een dienst consumenten bereid zijn aan te kopen, en aan welke prijs, wordt er een inschatting gemaakt van de minimale waarde die kopers verlenen aan een goed, met name in termen van de andere goederen en diensten die met hetzelfde bedrag gekocht konden worden en dus opgegeven worden. Dit verband tussen prijs en gevraagde hoeveelheid wordt samengevat in een ‘vraagcurve’. Deze laatste, weergegeven op figuur 1.4 als D, drukt het negatieve verband tussen prijs en gevraagde hoeveelheid uit. In het specifieke geval van het woonzorgcentrum zal het aantal gevraagde verblijven toenemen als de dagprijs zakt. Gerangschikt in aflopende orde van betalingsbereidheid van consumenten kunnen de eerste eenheden aan een hogere prijs verkocht worden, en zullen opeenvolgende eenheden slechts een afzetmarkt vinden aan een steeds lager wordende prijs. De eerste consumenten zijn dus bereid meer consumptie op te geven, opeenvolgende consumenten steeds minder. Aan een marktprijs  $p_e$  zal er dan een ‘consumentensurplus’ ontstaan ter grootte van de blauwe driehoek A. Dit surplus moet geïnterpreteerd worden als een welvaartswinst voor alle consumenten die eigenlijk bereid waren een hogere prijs te betalen voor het goed in kwestie (i. e. de waarde van het goed hoger inschatten dan de marktprijs) maar het uiteindelijk konden kopen aan de lagere marktprijs  $p_e$ .

*Producentensurplus.* Langs de producentenkant wordt een gelijkaardige redenering gemaakt. Producenten willen woongelegenheden in woonzorgcentra aanbieden tot op het punt dat deze niet langer met winst verkocht kunnen worden, en de productiekost van de laatst geproduceerde eenheid van het goed samenvalt met de marktprijs. Hoe hoger deze verkoopprijs zal zijn, hoe meer producenten - die onderling kunnen verschillen in de efficiëntie waarmee ze hun woonzorgcentra organiseren en verblijven kunnen ‘produceren’ - dus in staat zullen zijn om hun dienst niet-verlieslatend op de markt te brengen. Hier is er dus een positief verband tussen marktprijs en aangeboden hoeveelheid, samengevat in een ‘aanbodcurve’ (weergegeven als S op figuur 1.4). Hoe hoger de marktprijs, hoe hoger de aangeboden hoeveelheid woongelegenheden in woonzorgcentra kan zijn. De marktprijs die tot stand komt impliceert bijgevolg een ‘producentensurplus’ dat gelijk is aan de oppervlakte van de groene driehoek B. Dit komt overeen met de totale winst, nl. het verschil tussen de productiekost van de goederen (weergegeven door de oppervlakte onder de aanbodcurve) en de omzet (marktprijs vermenigvuldigt met hoeveelheid).

Figuur 1.4 Producenten- en consumentensurplus bij vrije prijsvorming



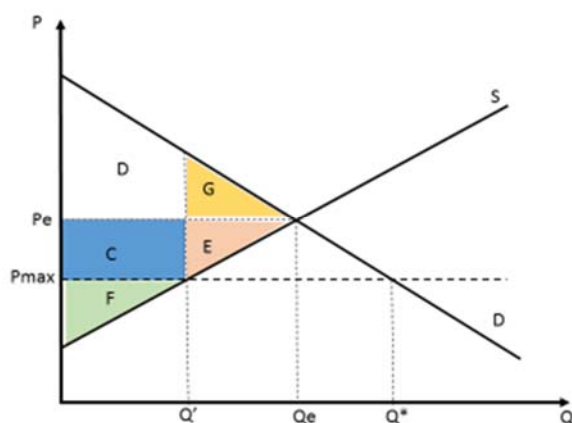
*Allocatieve efficiëntie.* Met andere woorden, bij een normaal werkende vraag- en aanboddynamiek vormt het prijsmechanisme een essentieel mechanisme dat ervoor zorgt dat er doordacht en efficiënt wordt omgesprongen met de beschikbare schaarse middelen, zowel langs de kant van consumenten als producenten. Consumenten kopen het goed in functie van de hoeveelheid alternatieve consumptiemogelijkheden die ze bereid zijn op te geven (en dus hoe waardevol ze het goed inschatten, voor eigen gebruik of om verder te verhandelen). Producenten blijven aan in functie van hun technische mogelijkheden om het goed aan een bepaalde prijs rendabel te kunnen produceren. Onder die voorwaarden worden de beschikbare middelen daar aangewend waar ze het beste renderen en dus maximaal welvaart genereren. In principe geldt dit zowel voor beslissingen over het huidige welzijn, als dat in de toekomst, aangezien huidige consumptie afgewogen zal moeten worden t.o.v. investeringen in projecten waarvan in de toekomst winst verwacht wordt (bv. onderzoek en innovatie).

Prijscontrole, i.e. overheidsinterventie in de vrije totstandkoming van marktprijzen, verstoort dit sorteermecanisme waarin goederen gealloceerd worden op basis van de individuele betalings- en productiebereidheden van consumenten en producenten. Het belangrijkste argument tegen een prijscontrole is dan ook dat ze deze erg complexe informatieverwerking (van vaak hoogst individuele waarde-inschattingen) verstoort, dat de interventie op die manier een efficiënte allocatie van de beschikbare (schaarse) middelen in de weg staat, en zo eigenlijk tot een suboptimaal welvaartsniveau leidt voor consumenten en producenten en dus de samenleving als geheel. Meer specifiek zal een gedrukte prijs op een specifieke markt normaal gezien tot een aanbodtekort leiden. Het beschikbare aanbod zal verminderen: enkel de meest efficiënte producenten zullen winstgevend kunnen produceren tegen de opgelegde maximumprijs. Tegelijkertijd zal de gedrukte prijs er langs de vraagzijde voor zorgen dat meer mensen het goed zullen willen kopen. Een prijsdaling zal bij de consument namelijk ‘substitutie-effecten’ met zich meebrengen. Consumenten zullen namelijk minder alternatieve goederen moeten opgeven voor het verblijf in een woonzorgcentrum dat in prijs gedaald is, en dus aantrekkelijker is geworden en ze zullen hun consumptiebundel hieraan aanpassen. Eveneens zal deze prijsverlaging er ook voor zorgen dat het inkomen van de consument op impliciete wijze verhoogt: hij of zij kan nu immers met hetzelfde inkomen meer consumeren. Deze welvaartstoename kan dan weer preferentiewijzigingen met zich meebrengen, met mogelijke gevolgen voor aangekochte goederen en diensten (‘inkomenseffect’). Tezamen zal de combinatie van een kleiner aanbod en een

grotere vraag ervoor zorgen dat er een kunstmatige schaarste ontstaat en dat mensen met een hogere betalingsbereidheid dan de vastgelegde prijs, als uitdrukking van een hogere waardering of grotere behoefte voor het goed in kwestie (i.e. een hogere bereidwilligheid om alternatieve consumptie op te geven), onder een maximumprijsregime mogelijk geen toegang meer hebben tot het goed.

Dit alles wil dus zeggen dat de prijscontrole een welvaartsverlies kan impliceren voor zowel producenten als consumenten. In figuur 1.5 leidt een prijsdaling van de vrije marktprijs  $p_e$  naar de maximumprijs  $p_{max}$  tot een vermindering van het aanbod van  $Q_e$  naar  $Q$  (aangezien minder efficiënte producenten tegen deze prijs niet meer uit de kosten zullen geraken), en zal dit tot een verhoging van de vraag van  $Q_e$  naar  $Q^*$  leiden (aangezien meer consumenten het goed ‘de prijs waard’ zullen vinden). Dit impliceert dat slechts een fractie van de groter geworden groep geïnteresseerde consumenten effectief toegang zullen hebben tot het goed. De consumenten die het goed kunnen kopen aan de lagere prijs kennen weliswaar een welvaartswinst t.o.v. de situatie zonder prijscontrole die overeenstemt met de blauwe rechthoek C. Dit is de korting die ze d.m.v. de maximumprijs krijgen t.o.v. de vrije marktsituatie. Echter, consumenten die geen goed kunnen kopen zullen een welvaartsverlies lijden gelijk aan de gele driehoek G (ze hebben hun geld nog wel over, maar hadden beter af geweest als ze dit aan het goed hadden kunnen spenderen onder het vrije markt regime).

Figuur 1.5 Grafische weergave van de impact van een prijscontrole

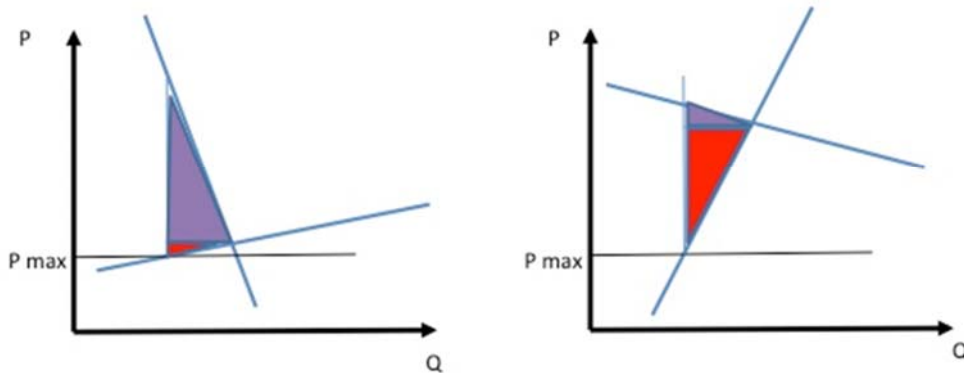


Bij een prijscontrole treedt er m.a.w. een verlies en een herverdeling van welvaart op. Consumenten zonder toegang tot het goed verliezen driehoek G ten voordele van consumenten mét toegang die nu rechthoek C winnen door de lagere prijs. Voor de producenten geldt dat de aanbieders een welvaartsverlies van rechthoek C plus driehoek E zullen kennen, waarvan C overgeheveld wordt naar de consumenten mét toegang. Van de initieel gemaakte winsten schiet nu enkel nog de groene driehoek F over. Alles samengeteld zal een prijsregulering dus tot een totaal welvaartsverlies leiden dat overeenkomt met de oppervlakte G plus E.

Het uiteindelijke nettoverlies van de prijscontrole maatregel (i.e. de grootte van G en E) en de verdeling van dit verlies over consumenten en producenten zal afhangen van de *prijselasticiteit* van de vraag en het aanbod: hoe sterk passen consumenten en producenten hun gevraagde en aangeboden volumes aan bij prijswijzigingen. Bij een prijsinelastische vraag (een eerder verticale D-curve) zal de vraag naar het goed slechts matig toenemen bij een prijsdaling. Als dit echter gepaard gaat met een

prijselastisch aanbod (een eerder horizontale S-curve) zal het aanbod sterk afnemen, en zal het verlies aan consumentensurplus  $G$  (door de verminderde toegang) relatief groter zijn dan de winst  $C$  hiervan (doordat het goed nu aan een lagere prijs gekocht kan worden). Het welvaartsverlies komt dan m.a.w. voornamelijk op rekening van de consumenten. Omgekeerd, als een prijselastische vraag t.o.v. een prijsinelastisch aanbod komt te staan, dan zal het welvaartsverlies van de maximumprijs voornamelijk door de producenten gedragen worden. Figuur 1.6 stelt dit grafisch voor. Afhankelijk van hoe sensitief vraag en aanbod zijn m.b.t. de prijs zal het welvaartsverlies anders verdeeld zijn over consumenten en producenten. In het linker luik wordt het welvaartsverlies voornamelijk gedragen door de consumenten aangezien de producenten hier sterker reageren op een prijswijziging dan de consumenten. In het rechterluik reageren consumenten scherper en valt het welvaartsverlies meer op de producenten

Figuur 1.6 Prijselasticiteit en verdeling van het welvaartsverlies



Een belangrijke vraag in het kader van dit project is dan ook hoe sensitief vraag en aanbod reageren op prijswijzigingen. Langs de vraagzijde kan men beargumenteren dat een opname in een woonzorgcentrum altijd ergens een 'noodzakelijk' karakter heeft, dat dergelijke beslissingen slechts in beperkte mate o.b.v. prijs bepaald worden en dat de vraagcurve dus eerder steil zal zijn. Anderzijds kan de budgetimpact van een dagprijsstijging groot zijn en kan men verwachten dat alternatieven zoals thuiszorg aantrekkelijker worden (althans voor diegenen die hiertoe in de mogelijkheid zijn) en dat prijswijzigingen wel degelijk een impact hebben op de gevraagde hoeveelheden. Langs de aanbodszijde hangt de prijsgevoeligheid af van regulering en van de vrijheid waarmee extra capaciteit kan worden voorzien. Echter, op de korte termijn ligt de capaciteit min of meer vast (en kan er zelfs een overaanbod zijn) zodat het aanbod weinig flexibel is. Empirisch onderzoek moet uitwijzen hoe vraag en aanbod zich juist aanpassen aan prijswijzigingen en hoe het welvaartsverlies ten gevolge van een maximumprijs door producenten en consumenten gedragen wordt.

Verder moeten nog de volgende negatieve effecten van een maximumprijs opgemerkt worden, die niet weergegeven worden op het bovenstaande vraag- en aanbodschema.

Ten eerste, een prijscontrole kan ook voor veranderingen in de *kwaliteit* van het aangeboden goed zorgen, bv. een verminderde kwaliteit van ouderenzorg. Een kunstmatige schaarste op de markt die veroorzaakt wordt door prijscontroles zal ervoor zorgen dat de consument aan marktmacht inboet en dat lagere kwaliteit eveneens een afzetmarkt kan vinden. Dit effect zal vooral plaatsvinden wanneer

er een grote mate van productdifferentiatie mogelijk is. Prijscontroles gaan er immers vanuit dat de overheid in staat is goederen adequaat te classificeren en dat kwaliteitsverschillen tussen producten gereflecteerd kunnen worden in verschillende prijszettingen. Als dit echter niet het geval is (en er sprake is van een breed toegepaste maximumprijs) geeft een prijscontrole een prikkel aan producenten om de kwaliteit te verminderen (aangezien hoge kwaliteit niet beter beloond wordt). Het impliceert dat prijscontrole moet samengaan met het bestaan van kwaliteitscontrole, wat overigens het geval is met de woonzorgcentra.

Ten tweede kan het zijn dat inkomensverlies van producenten gesubstitueerd wordt door prijsstijgingen in *andere segmenten* waar de producenten actief zijn, marktmacht hebben en waar ze een relatief prijsinelastische vraag kennen. Indien prijscontroles enkel van toepassing zijn op bepaalde groepen van consumenten kunnen de kosten mogelijk ook doorgerekend worden aan andere types van consumenten<sup>2</sup>. Mogelijk leidt dit dan ook tot discriminatoire praktijken waarbij de eerstgenoemde groep toegang ontzegd kan worden of waarbij ze minder kwaliteitsvolle diensten aangeleverd krijgt dan anderen. Veel hangt ook af van de schaal waarop prijscontrole wordt uitgevoerd en hoe geregeleerde gebieden juridisch gelinkt zijn aan andere (bv. internationale regulering en vrij verkeer van goederen en diensten in de EU). Hoe kleiner het systeem waarbinnen een prijscontrole uitgevoerd wordt, hoe eenvoudiger het is om kosten te verschuiven en hoe minder effectief dit systeem zal werken om kosten te drukken. Controle van de geleverde kwaliteit en het tegengaan van discriminatoire praktijken en de zwarte markt (onderhandse betalingen) kunnen natuurlijk veel van de negatieve effecten van prijscontrole tegengaan maar die maken een grote administratieve en bureaucratische kost dan weer noodzakelijk. Die extra kost zal de winst van de gedrukte prijs (deels) tenietdoen.

Ten derde zijn prijscontroles ook vatbaar voor '*rent-seeking*', en moet er steeds over gewaakt worden dat de prijszetter en prijscontroleurs niet beïnvloed worden door de aanbieders om maximumprijzen hoger dan noodzakelijk te houden. In zekere zin is in sterk geregeleerde markten de overheid bijna een belangrijker partner om tevreden te houden dan de consument zelf.

Ten vierde, naast effecten in de hoeveelheid van het goed die aangeboden wordt en de kwaliteit van dat aanbod kunnen prijscontroles ook effecten sorteren op de *economische activiteit* in de sector van de woonzorgcentra. Een kleiner aanbod aan goederen betekent immers ook een lagere economische activiteit en dit kan zich op zijn beurt dan weer vertalen in afgenomen tewerkstelling, lagere inkomens en mogelijk toenemende maatschappelijke kosten voor uitkeringen. Afhankelijk van de grootte van de sector, de impact van de prijscontrole en de alternatieve tewerkstellingsmogelijkheden in de regio, kan ook dit een welvaartsverlies zijn ten gevolge van de prijscontrole.

Samengevat, vanuit een algemeen-economisch, theoretisch perspectief vallen er dus een brede waaier van mogelijke consequenties op te lijsten ten gevolge van een ingevoerde prijscontrole: een toegenomen kunstmatige schaarste op de markt, een vermindering aan welvaart voor zowel producenten als consumenten, een herverdeling van welvaart onder de consumenten zelf, een verminderde kwaliteit, zwarte markten en informele betalingen, administratieve kosten van controle, mogelijke compensatie effecten op andere marktsegmenten en uiteindelijk effecten op economische activiteit en tewerkstelling.

### 1.3 Argumenten pro prijsregulering

Het voorgaande raamwerk is echter gebaseerd op een aantal stringente en algemene veronderstellingen over markten en het gedrag van consumenten en producenten. Consumenten worden bijvoorbeeld verondersteld om een grondig inzicht te hebben in de waarde en kwaliteit van goederen en

<sup>2</sup> Cf. de discussie in de hospitalisatieverzekering waar de supplementen in de eenpersoonskamer stijgen omwille van het verbod daarvan in de tweepersoonskamers.

diensten (zowel van diegene die ze kopen als diegene die ze opofferen) en ze worden ook verondersteld een inkomen te hebben dat dergelijke consumptiebeslissingen toestaat. Producenten worden verondersteld vrij toe te kunnen treden tot een competitieve markt. Dergelijke assumpties zijn in de concrete omstandigheden vaak eerder heroïsch dan realistisch, en daarom moeten de voorgaande argumenten altijd met omzichtigheid benaderd worden. Achter de vraag en aanbodscurven en het geïmpliceerde ‘welvaartsverlies’ van een maximumprijs kan namelijk een heel andere realiteit schuilgaan. Dit is voornamelijk het geval in de welzijns- en gezondheidszorgsector, waarop in de rest van het hoofdstuk gefocust zal worden. Hier bestaat er weinig discussie over dat verschillende assumpties niet opgaan en dat enig overheidsoptreden essentieel is. De redenen hiervoor zijn hoofdzakelijk tweeledig: enerzijds om redenen van economische efficiëntie en anderzijds ethische redenen van rechtvaardigheid.

### 1.3.1 Efficiëntie

Als de basisassumpties van goede marktwerking (bv. perfecte informatie, perfecte competitie) niet opgaan dan leidt een vrije marktwerking en vrije prijsvorming eerder tot een inefficiënt dan tot een efficiënt gebruik van de middelen. Staatsinterventie kan daarom bij marktfalingen de efficiëntie net versterken in plaats van afremmen. We bespreken vier redenen waarom in bepaalde sectoren, en in het bijzonder in de gezondheidszorg (en mogelijk ook in de zorgsector), de onderliggende assumpties niet opgaan, een vrije markt zou ‘falen’ en de samenleving gediend is met een grote rol voor overheidsinmenging.

Ten eerste, de vraag naar zorg is *niet onafhankelijk* van het aanbod. Consumenten (in het geval van de gezondheidszorg dus patiënten) beschikken zelf niet over voldoende informatie om hun eigen (medische) noden te kennen, de waarde van zorg in te schatten en om kwaliteit tussen concurrerende producten te kunnen onderscheiden en ze laten zich hier doorgaans leiden door de zorgverstrekkers zelf (i.e. de producenten). De vraagcurve weerspiegelt m.a.w. de mening van diegenen die het goed of de dienst aanbieden en er is geen evenwichtige vraag-aanbodsdynamiek. De betalingsbereidheid voor zorg wordt als het ware ingefluisterd door diegene die deze betaling zal ontvangen, en het ‘gerealiseerde’ consumentensurplus is m.a.w. onbetrouwbaar en onzeker. Verschillende studies wijzen daarom op zogenaamde ‘vraaginductie’ door het aanbod: door de asymmetrie in informatie die bestaat tussen patiënten en zorgverstrekkers zijn deze laatsten in staat om de patiënten medische diensten te laten ‘aankopen’ waarvoor ze - mochten ze zelf over de nodige informatie beschikken - niet zouden kiezen. In de context van het rusthuis zal zich dat minder vertalen in de vorm van het aantal opnames aangezien hier de informatie-asymmetrie minder speelt, maar mogelijk wel in de benodigde zorg eens iemand opgenomen wordt.

Ten tweede, het aanbod kan gekenmerkt worden door allerlei toetredingsbelemmeringen (hoge instapkosten, diploma’s, certificaten, regulering) en *gebrekkige mededinging*. Dit leidt er ten eerste toe dat producenten zelf substantiële controle hebben over de prijs die ze kunnen vragen. In de plaats van hun aanbod af te moeten stemmen op de heersende marktprijs zullen aanbieders nu tot op zekere hoogte zelf kunnen kiezen hoeveel hun product moet kosten, afhankelijk van de vraag die ze observeren en de hoeveelheid die ze moeten afzetten om hun winst te maximaliseren. Dit zal typisch een hogere prijs zijn (een hogere winstmarge) dan die prijs die zou ontstaan mocht het aanbod wel concurrentieel zijn. Ten tweede zullen toetredingsbelemmeringen en gebrek aan competitie er ook voor zorgen dat de aanbodscurve niet de reflectie zal zijn van een efficiënt, dynamisch en concurrentieel productieproces maar voor een deel de reflectie zal zijn van verworven voordelen, allianties en beschermingsmaatregelen en de inefficiënties die daarmee gepaard gaan. Ook dit draagt bij tot een hoger dan noodzakelijke prijs door een opgelopen productiekost.

Ten derde, sectoren zoals de gezondheidszorg worden gekenmerkt door een *derde-betalersstelsel* waarbij patiënten medische zorg nuttigen maar waarbij de ziekteverzekering (i.e. de samenleving) de kosten betaalt. Patiënten betalen wel hun eigen bijdragen (onder de vorm van remgeld maar ook via



verzekeringspremies) en zijn op de lange termijn wel gebaat bij kostenbewust gedrag, maar op de korte termijn niet. Ze zullen dan ook enkel het ‘remgeld’ (en eventuele supplementen) als ‘prijs’ van medische zorg bezien en blijven consumeren zolang de waarde van de zorg (hun betalingsbereidheid) groter is dan dit remgeld. Voor de samenleving zijn de kosten echter veel hoger en zal de hoeveelheid zorg waarvan de waarde groter is dan de uiteindelijke totaalkost, kleiner zijn. Dit fenomeen van overconsumptie wordt in de verzekeringsliteratuur geduid als ‘*moral hazard*’. Het kan zowel (ex post) bij ziekte optreden, nl. in de consumptie van zorg die eigenlijk meer kost dan hij oplevert, als ex ante in de preventie van de risico’s die het optreden van ziekte in de hand werken.

Ten vierde wordt er bij een vrije prijsvorming vanuit gegaan dat de effecten van het goed of de dienst in kwestie enkel relevant zijn voor de consument en de producent en dat de rest van de samenleving buiten schot blijft, of dat de consument/producent bij de prijsevaluatie ook de belangen van derden in rekening brengt. De marktprijs weerspiegelt m.a.w. alle kosten die gemaakt worden bij de productie en alle baten die verkregen worden bij de consumptie van het goed. In de gezondheidszorg treden echter vaak *externe effecten en bredere maatschappelijke consequenties* op. Een voorbeeld van het eerste is de indirecte bescherming die een gevaccineerd persoon geeft aan derden in zijn/haar omgeving die minder risico lopen om besmet te worden met een infectieziekte. Een voorbeeld van bredere maatschappelijke kosten van het consumeren van zorg is bv. het al of niet aankopen van een vroege en effectieve interventie in geestelijke gezondheid. Zonder deze ingreep zal de samenleving later mogelijk met extra zorgkosten opgezadeld zitten (langdurige zorg, medische kosten van fysieke consequenties van mentale ziekte, juridische kosten ten gevolge van bv. criminaliteit, etc.). Soms spreekt men in dit kader ook over de ‘terugverdieneffecten’ van bepaalde zorg- en welzijnsdiensten voor de economie. Als aankoopbeslissingen zuiver gebaseerd zouden worden op de betalingsbereidheid van patiënten, zou dit bijgevolg vanuit een maatschappelijk perspectief tot een te lage consumptie leiden, aangezien enkel de individuele baten in rekening gebracht worden, en het maatschappelijk belang niet (of alleszins toch minder). Vaak zijn dergelijke positieve externaliteiten een reden om interventies te subsidiëren.<sup>3</sup>

Onder andere om deze redenen (consumptie gebeurt niet (volledig) in functie van de werkelijke waarde van het goed voor consument en samenleving en het aanbod is niet concurrentieel) wordt algemeen aangenomen dat een vrije prijsvorming in vele domeinen van de gezondheidszorg niet tot een efficiënte verdeling van middelen in functie van welvaart/welzijn zou leiden. De prijs die tot stand zou komen zou geen reflectie zijn van aanvaardbare opportuniteitskosten en er is geen garantie dat de gevraagde hoeveelheid maatschappelijk gezien optimaal is.

### 1.3.2 Rechtvaardigheid

Een tweede reden waarom vrije prijsvorming op basis van vraag en aanbod in de gezondheidszorg vaak als niet wenselijk wordt beschouwd, is ethisch van aard en betreft rechtvaardigheid. Een belangrijke vraag in het kader van dit project is in welke mate de volgende argumentatie eveneens opgaat voor de ouderenzorg. Bepaalde aspecten van de ouderenzorg zijn namelijk gelijklopend, bv. het feit dat het over een basisvoorziening gaat. Andere zaken zijn dan weer verschillend, bv. dat het hier over ouderen gaat waar de discussie over kansengelijkheid minder relevant is.

Gezondheidszorg wordt als een ‘*merit-good*’ beschouwd: een goed dat in een rechtvaardige samenleving niet op basis van de betalingsbereidheid (of misschien beter betalingsmogelijkheid) van consumenten wordt verdeeld maar op basis van noodzaak en behoefte. Naast onderwijs is gezondheidszorg hiervan een exponent. Een samenleving die sociale rechtvaardigheid en gelijkheid van kansen hoog in het vaandel draagt moet zijn burgers gezondheidszorg aanbieden om ervoor te zorgen dat iedereen een eerlijke, gelijke kans krijgt op het speelveld van het maatschappelijke leven, zelfs al zou dat een inefficiënt gebruik van de middelen impliceren. Toegang tot jobs, posities, inkomens, macht,

---

<sup>3</sup> De omgekeerde redenering geldt natuurlijk voor milieuvervuilende productie en consumptie.

etc. wordt in een liberaal-democratisch bestel geacht verdeeld te worden op basis van verdienste, maar zolang mensen geen gelijke kans hebben om hun talenten te ontplooien is er ook geen sprake van gelijke toegang. Onderwijs en gezondheidszorg zijn essentiële mechanismen om ongelijke startposities (ten gevolge van sociale achtergrond maar ook fysieke constitutie) zoveel mogelijk te compenseren. Vanuit een dergelijke sociale rechtvaardigheidsoptiek kan de 'vraag' naar zorg dus niet afgeleid worden van de betalingsbereidheid die 'consumenten' zouden tonen op de markt aangezien dit veel meer betalingsmogelijkheid dan -bereidheid reflecteert. Bovendien leidt dit er ook toe dat een prijsgericht aanbod zich zal richten op producten en diensten die een grote omzet garanderen en dit zijn niet noodzakelijk de meest dringende vanuit een gezondheidsperspectief. Dit ethische probleem met zorg te verdelen o.b.v. de interactie tussen vraag en aanbod wordt in de meeste landen (grotendeels) opgevangen door de ziekteverzekering. Hierbij kan consumptie (de gevraagde hoeveelheid zorg) dan wel bepaald worden o.b.v. noodzaak, terwijl de prijs wordt overeengekomen tussen verzekeraar en aanbieder.<sup>4</sup> Niettemin blijven in de meeste landen bepaalde gezondheidsrisico's onverzekerd, kan er aan risicoselectie gedaan worden door (private) verzekeringen en wordt er bij collectieve verzekeringssystemen vaak een eigen bijdrage van patiënten gevraagd (bv. het remgeld). Zolang een vraagcurve eerder een representatie is van betalingsmogelijkheid voor gezondheidszorg dan van betalingsbereidheid gaat er achter een welvaartsanalyse, zoals diegene in de voorgaande sectie, een amorele realiteit schuil waarin het concept 'welvaart' zijn normatieve betekenis zal verliezen.

Om deze redenen van zowel efficiëntie als rechtvaardigheid wordt geconcludeerd dat interventie noodzakelijk is zowel in de totstandkoming van de vraag naar zorg (hoeveel en welke zorg wordt geconsumeerd en door wie?) als de aangeboden goederen en diensten (welke zorg wordt aangeboden en aan welke kwaliteit?) en dat een hoge mate van regulering doorgaans wenselijk is in de totstandkoming van prijzen in de gezondheidszorg. Hoe een prijscontrole vormgegeven wordt kan echter sterk verschillen. In de volgende secties zal kort gekeken worden naar twee specifieke sectoren uit de gezondheidszorg waarin prijscontroles voorkomen in verschillende vormen: de prijsbepaling van geneesmiddelen en de financiering van ziekenhuisverblijven.

## 1.4 Casus: prijsregulering van geneesmiddelen

Geneesmiddelen maken in de meeste geïndustrialiseerde landen een 10 à 20% uit van het totale budget voor gezondheidszorg. Ze worden doorgaans niet geproduceerd en verdeeld volgens de principes van de vrije markt. De vraag wordt gestuurd door vier partijen: vaak schrijft de arts voor, de apotheker levert, de patiënt gebruikt en de ziekteverzekering betaalt. Het aanbod wordt sterk gereguleerd inzake productieproces en kwaliteitsgarantiemaatregelen, er bestaan wettelijke toetredingsbelemmeringen zoals patenten, intellectuele eigendomsregelingen, productielicenties, etc. en economische belemmeringen door doorgaans hoge opstart- en kapitaalkosten. Bovendien zijn er vaak grote schaalvoordelen aanwezig in de productie en dit ontmoedigt nieuwe spelers om toe te treden. In die context wordt een prijsregulering dan ook verdedigbaar. Grofweg gesteld wordt de prijs van geneesmiddelen gereguleerd op vier verschillende manieren: vastgelegde prijzen, referentieprijzen, winstregulering en waarde-gebaseerde prijszetting.

### 1.4.1 Vastgelegde prijzen

Bij een vastgelegde prijs wordt door de regulator bepaald wat een redelijke prijs is voor een geneesmiddel. Hoe die redelijkheid ingevuld wordt kan sterk verschillen. De prijs kan het gevolg zijn van onderhandelingen tussen ziekteverzekeraars, patiëntengroepen en aanbieders, er kan éénzijdig een wettelijk prijsplafond opgelegd worden door de overheid, men kan de winstmarge bovenop de

<sup>4</sup> In dit geval hebben we dan te maken met een monopsonie: één vragende partij die tegenover verschillende aanbieders komt te staan.



gemiddelde productiekost van het geneesmiddel vastleggen (*'cost-plus pricing'*), men kan een prijs vastleggen o.b.v. geobserveerde prijzen in het buitenland (*'external reference pricing'*) of men kan werken met vastgelegde budgetten voor bepaalde geneesmiddelen waarbij de prijs mede afhangt van de hoeveelheid die verkocht wordt (*'price/volume agreements'*). Al deze methodes hebben hun eigen merites en problemen. Prijsonderhandelingen zijn vaak weinig transparant en geven vaak aanleiding tot verschillen in officiële en effectief-betaalde prijzen. Bovendien is hier een risico tot fraude, omkoping of *'regulatory capture'*. *Cost-plus pricing* heeft als probleem dat hierdoor de incentive om kostenbesparend te werken ondermijnd wordt aangezien hogere kosten toch via hogere prijzen kunnen gecompenseerd worden en er onvoldoende dreiging van concurrenten is. Bovendien ontstaat hierdoor het zogenaamde *'Averch-Johnson effect'* (of *'gold-plating'*) waarbij bedrijven over-investeren in kapitaalsverwerving t.o.v. bijvoorbeeld extra investering in tewerkstelling. Kosten kunnen ook overschat/gemanipuleerd worden of hele divisies kunnen overgeplaatst worden van niet-gereguleerde naar gereguleerde domeinen omdat hier de kosten beter gerecupereerd kunnen worden. Ook is het zo dat (sommige) marketingkosten eveneens in rekening gebracht kunnen worden en dat op die manier reclame voor geneesmiddelen op indirecte wijze gesubsidieerd zou worden. Gebruik maken van externe referentie heeft dan weer als probleem dat de prijsdrukkende merites van dit systeem afhankelijk zijn van de korf van referentielanden die gebruikt worden (en de transparantie van de onderliggende prijsonderhandelingen in die landen). Ook zorgt het er voor dat farmaceutische bedrijven hun producten op strategische wijze kunnen lanceren overheen de verschillende landen om zo een optimale referentieprijis te bekomen, waardoor de toegang van patiënten tot innovatieve geneesmiddelen kunstmatig vertraagd zou worden. Verder kan nog gesteld worden dat in al deze prijsreguleringsmechanismen, een lagere prijs doorgaans volume-effecten zal sorteren en dat deze kostenbesparingen deels teniet kunnen doen. Prijs-volume afspraken, waarbij er een vooraf bepaalde uitgavelimiet wordt vastgelegd voor bepaalde categorieën van geneesmiddelen bieden hiervoor een oplossing.

#### 1.4.2 Interne referentieprijzen

Bij een interne referentieprijis wordt er in de plaats van een prijsplafond een terugbetalingsplafond ingevoerd door de derde betaler, waarbij het resterende bedrag de gebruikersbijdrage is (al dan niet betaald via private verzekeringen). Dit systeem laat zowel farma-bedrijven als patiënten vrij om zelf te kiezen welke geneesmiddelen ze willen kopen of aanbieden, en aan welke segmenten van de markt. Bovendien creëert dit een prikkel voor patiënten om zich beter te informeren, kostenbewust om te gaan met gezondheidszorg en geneesmiddelen te kiezen die de beste prijs/kwaliteitsverhouding hebben i.p.v. enkel en alleen te kijken naar klinische effectiviteit. Voor bedrijven bestaat er dan weer een prikkel om competitieve prijzen te hanteren t.o.v. concurrenten. De overheid kan d.m.v. geleidelijke aanpassing van de referentieprijis overheen de tijd de competitie stimuleren. Dit systeem wordt vooral gebruikt om generische substitutie te stimuleren en om patiënten die trouw blijven aan merk-geneesmiddelen te laten overschakelen op therapeutisch-equivalente maar goedkopere generische of biosimilaire producten. Een probleem met interne referentieprijzen is dat hun succes afhankelijk is van de medewerking van de voorschrijvende arts en apotheker. Wanneer apothekers vergoed worden op basis van winstpercentages op prijzen hebben ze echter geen incentive om patiënten, die vaak steunen op apothekers bij hun aankoop, te bewegen tot het overschakelen op generische geneesmiddelen. Andere problemen betreffen het clusteren van geneesmiddelen die therapeutisch niet geheel equivalent zijn. Vaak zijn er toch subtiele verschillen tussen concurrerende medicijnen, zowel in effectiviteit, in nevenwerkingsprofiel of in productiekost. Dit kan de toegang tot de beste geneesmiddelen bemoeilijken voor bepaalde types van patiënten (die bv. enkel één welbepaald geneesmiddel verdragen), wat dan weer billijkheidsvragen oproept.

### 1.4.3 Winstregulering

Een derde manier om de prijzen van geneesmiddelen te controleren is door een metaperspectief in te nemen t.o.v. de individuele prijzen van geneesmiddelen en door zich te richten op de totale gerealiseerde winst van een onderneming die behaald wordt in een bepaalde regio, bv. in een bepaald land. De bedoeling van dit systeem is om bedrijven zo zelf te laten bepalen welke winsten ze op welk geneesmiddel boeken, zolang dit echter een bepaalde grenswaarde niet overschrijdt, en er op macro-schaal voor de ziekteverzekering aan kostenbeheersing gedaan kan worden. Op deze manier trachten overheden twee doelstellingen te combineren: de totale uitgaven aan farmaceutica te beheersen en tegelijkertijd bedrijven een aantrekkelijke winstmarge te geven zodat innovatie beloond wordt. Dit systeem is momenteel in werking in het Verenigd Koninkrijk, genaamd '*Pharmaceutical Price Regulation Scheme*' (PPRS). Deelname is op vrijwillige basis maar een merendeel van grote ondernemingen neemt hieraan deel. Excessieve winsten moeten teruggegeven worden aan de samenleving. Een grote aantrekkingskracht van dit systeem is dat het een stabiele en voorspelbare economische omgeving biedt voor farmaceutische bedrijven, hen aanspoort om innovatief te zijn en veel flexibiliteit toelaat om zelf te kiezen hoe producten gelanceerd worden. Een nadeel is echter, net zoals in 'cost-plus pricing', dat er, zolang de maximale winstmarge gemakkelijk behaald kan worden, een kleinere incentive is om kostenbesparend te werken. Ook is er geen onmiddellijke verbinding tussen het maken van kosten en het investeren in de meest maatschappelijk relevante vormen van innovatie. Bovendien hangt de kwaliteit van het systeem af van de betrouwbaarheid van de kostenramingen en is het dus afhankelijk van uitvoerige audit.

### 1.4.4 Waarde-gebaseerde prijszetting

Een vierde manier waarop de prijs van geneesmiddelen gecontroleerd kan worden is door de link met de productiekost door te knippen en in de plaats daarvan vooral te kijken naar de gezondheidswinst die geboekt wordt. Op basis van monetaire waarderungen van gezondheidswinsten en de economische waarde van gezondheid zou kunnen ingeschat worden hoeveel 'waarde' een bepaald geneesmiddel toevoegt. Als de maatschappij bijvoorbeeld bereid is om 30 000 euro te betalen voor een jaar in goede gezondheid, dan zou een geneesmiddel dat dit realiseert een dergelijke waarde kunnen hebben. Op basis van de waarde van gezondheidseffecten kan zo een (maximum)prijs bepaald worden voor geneesmiddelen (of gezondheidszorg in het algemeen). Dit principe van waarde-gebaseerde prijszetting leunt aan bij vastgelegde prijszetting maar laat meer flexibiliteit toe, bijvoorbeeld wanneer een geneesmiddel een andere waarde kan hebben voor verschillende types van patiëntengroepen. Het grote voordeel van dit systeem is dat het een maximale incentive geeft aan bedrijven om te innoveren in die zorgnoden waar het grootste gezondheidsresultaat kan geboekt worden (aangezien de beloning afhangt van deze gezondheid) en dat investeringen in medisch-gezien minder interessante behandelingen (bv. esthetische producten) die op de markt echter wel veel omzet genereren, relatief minder interessant zullen worden. Bovendien bevat dit systeem ook een prikkel om kosteneffectief te innoveren, aangezien hogere kosten niet langer een automatisch hogere opbrengst voortbrengen (de link met gemaakte historische kosten wordt doorgeknipt). Enkele nadelen van dit systeem zijn dat het ten eerste maar de vraag is of dit tot een betere betaalbaarheid van het systeem zou leiden aangezien erg effectieve geneesmiddelen in principe op een forse toeslag zouden kunnen rekenen. Ten tweede hangt dit systeem grotendeels af van de mogelijkheid om op een wetenschappelijke basis te kunnen beoordelen wat de therapeutische meerwaarde van geneesmiddelen is. Dit vereist uitvoerige en langdurige klinische proeven en vaak zal het moeilijk zijn om de specifieke bijdrage van één element te isoleren in de hele causale keten die onderliggend is aan gezondheidseffecten.

Al deze voorgestelde prijsreguleringsmechanismen trachten een midden te vinden tussen een aantal essentiële principes: beschermen van de keuzevrijheid van patiënten, de betaalbaarheid en houdbaarheid van het systeem, een faire vergoeding voor producenten, kwaliteitsgarantie van geneesmiddelen

en billijkheid inzake toegang tot essentiële medische zorgen. Op de langere termijn echter komt er nog een extra complexiteit kijken bij de regulering van de prijs van farmaceutische producten. Deze laatste komen verder uit een kostelijk en arbeidsintensief proces van onderzoek en ontwikkeling. Eens ontwikkeld kunnen geneesmiddelen doorgaans aan een lage kost geproduceerd worden en een kortzichtig beleid zou de prijzen kunnen drukken in functie van deze lage variabele kosten. Op die manier ontzegt ze echter ongeneeslijk zieken en toekomstige generaties van de voordelen van wetenschappelijke vooruitgang aangezien een dergelijk prijsbeleid een ontmoedigend effect zal hebben op de grote en onzekere investeringen in R&D-activiteiten die voorafgaan aan de ontwikkeling van een succesvol geneesmiddel. Prijsdrukking kan zo misschien wel voor statische efficiëntie zorgen, i.e. welvaartsmaximalisatie in het heden, maar niet voor dynamische efficiëntie waarbij kosten en voordelen in het heden eveneens afgeruild worden met die naar de toekomst toe. Dit zou echter ook gebeuren in een systeem van vrije prijsvorming zonder bescherming van intellectuele eigendomsrechten, waarbij concurrenten die niet de investeringskosten van een geneesmiddel hebben moeten maken, een veel lagere prijs kunnen vragen. Een andere complexiteit die meespeelt in een langere termijnhorizon is dat lage prijzen effecten kunnen hebben op de tewerkstelling in de farma-sector. Hogere winsten leiden tot groei en tewerkstelling. Een industrieel beleid dat gericht is op het uitbouwen en verankeren van de farmaceutische industrie binnen de landsgrenzen zal meer bereid zijn een hogere vergoeding te betalen voor geneesmiddelen die door binnenlandse producenten worden gemaakt, of door bedrijven die garanties tot werkgelegenheid bieden.

### 1.5 Casus: prijsregulering van ziekenhuisverblijven

Een tweede, belangrijke voorbeeld van prijsregulering in de gezondheidszorg vinden we in de ziekenhuisfinanciering. Deze laatste heeft in de meeste westerse landen doorheen de voorbije decennia, tot op vandaag de dag in België, verschillende fundamentele veranderingen doorgemaakt. Maar centraal en ongewijzigd staat het principe dat de prijs van een ziekenhuisopname bijna altijd vooraf vastgelegd is en niet fluctueert ten gevolge van een vraag- en aanbodsdynamiek.<sup>5</sup> Hoe die vastlegging precies gebeurt, en welke evoluties hierin gebeurd zijn in de voorbije decennia is technisch en administratief erg complex. We trachten in de volgende paragrafen enkele grote lijnen van de Belgische situatie (erg) summier weer te geven maar voor een gedetailleerde uiteenzetting van deze prijszetting en de principes van de ziekenhuisfinanciering verwijzen we de lezer graag naar de volgende referentie (Sermeus, 2006).

In de ziekenhuiswet van 23 december 1963 werd nog een vaste globale prijs voorzien voor een verpleegdag per ziekenhuisdienst, aangevuld met extra financiering in het geval het ziekenhuis kon bewijzen dat de dagprijs de gemaakte kosten niet dekte. Dit was echter meer de regel dan de uitzondering en het systeem zette niet aan tot efficiëntie, aangezien financiering toch in relatie stond tot de gemaakte kosten. In 1981 werd hieraan een einde gemaakt door de verpleegdagprijzen te bevroren en tegelijk een controle uit te voeren op het aantal gefactureerde dagen. Dit laatste aantal moest in verhouding zijn tot historische observaties binnen het ziekenhuis. De vaststelling van de prijs van een verpleegdag was dus een functie van het historische aantal hospitalisaties en de verblijfsduur enerzijds en de kosten die hier in het verleden mee verbonden waren. Op die manier was er echter geen onmiddellijke link meer met de reële activiteit van het ziekenhuis in een bepaald jaar. Vanaf 1986 werd dit systeem van ziekenhuisfinanciering op basis van historische kosten in het individuele ziekenhuis gewijzigd en werd er een nationaal (gesloten) budget vastgelegd voor de financiering van ziekenhuizen. Ziekenhuizen werden vanaf dan verplicht om gegevens te registreren over opnames en behandelingen (de ‘minimale klinische en verpleegkundige gegevens’ (MKG)): m.b.t. het type van

<sup>5</sup> Natuurlijk zijn deze prijzen onderliggend wel afhankelijk van een dergelijke dynamiek aangezien de benodigde inputs onderhevig zijn aan vraag- en aanbodschommelingen.

verblijf, de aard van opname, door wie doorverwezen werd, de plaats van opname, het jaar van ontslag, heropname, specialismen, verpleegafdeling en de ligduur. Deze gegevens worden dan gekoppeld aan een aantal gegevens over de patiënt (leeftijd, woonplaats, etc.) en diagnosestelling op basis van een gestandaardiseerde ziekteclassificatie (ICD-9-CM), waaraan vervolgens een bepaalde medisch-chirurgische procedure wordt gekoppeld: *Diagnosis-Related Groups* (DRGs), een zorgproces dat als typisch beschouwd kan worden voor een welbepaalde diagnose. Deze registratie van ziekenhuisactiviteit vormt nog steeds de ruggengraad van de huidige ziekenhuisfinanciering. Op basis van geregistreerde MKG-data in combinatie met verantwoorde kosten per opname (o.b.v. DRGs) kan dan een prospectief budget berekend worden.

De financiële stromen in het ziekenhuis zijn bijgevolg op te splitsen in een deel financiering voor de generieke werkingskosten van het ziekenhuis (de verpleegdagprijs) en een deel financiering dat op basis van specifieke behandelingen wordt bepaald (veelal de artsenhonoraria). Het eerste wordt betaald via een 'budget van de financiële middelen', en hierin vinden we dan het restant van de verpleegdagprijs, zonder de kost van medisch-specialistische behandelingen. Dit budget wordt vastgelegd door de federale overheid en vertaalt de kosten van een verblijf (in een gemeenschappelijke kamer) en de verstrekking van de generieke zorg die hierbij hoort (verblijfs-, investerings- en verpleegkosten). Dit budget van de financiële middelen voor de ziekenhuizen wordt jaarlijks door de overheid vastgelegd en is een gevolg van onderhandelingen die binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden gevoerd tussen zorgverleners, ziekenfondsen, werknemers en regering. In dit budget wordt op zeer gedetailleerde wijze vastgelegd in welke kosten het budget van de financiële middelen tegemoetkomt. Grosso modo betreft dit drie grote onderdelen: kapitaal- en investeringslasten ( $\pm 9\%$ ), werkingskosten van het ziekenhuis ( $\pm 90\%$ ) en bijkomende financiële lasten (bv. notariële kosten). De werkingskosten bestaan uit zeven categorieën: de gemeenschappelijke diensten (kosten van onderhoud, verwarming, administratie, voeding, etc.), klinische diensten (kosten van verplegend personeel, courante geneesmiddelen, verbruiksgoederen, etc.), werkingskosten voor medisch-technische diensten (radiotherapie, scanners, etc.), kosten van de ziekenhuisapotheek, specifieke kosten gelinkt aan activiteiten zoals bv. onderzoek en tot slot specifieke kosten die gelinkt worden aan het hebben van een zwak sociaaleconomisch patiënten profiel. Deze kosten worden dus berekend o.b.v. aantallen werkelijk uitgevoerde medische behandelingen en niet langer o.b.v. historische aantallen, maar de toe te passen eenheidsprijzen worden prospectief vastgelegd op basis van pathologie, patiënten karakteristieken en vergelijkingen met de kosten van andere gelijkaardige ziekenhuizen.<sup>6</sup> Ziekenhuizen kunnen een hoger of lager dan gemiddelde verblijfsduur hebben, en bijgevolg beter of slechter uit de gemaakte kosten geraken. Er bestaat echter wel een systeem om 'outliers' anders te classificeren maar niettemin is er vaak grote variabiliteit tussen zogenaamd 'homogene' DRGs en blijft een discussiepunt of een financiering o.b.v. 'verantwoorde' verblijfsduur deze variabiliteit voldoende kan opvangen.

De uitbetaling van het budget financiële middelen gebeurt per verpleegdagprijs. Op basis van de MKG data (de geobserveerde activiteit), de bepaalde erkende en verantwoorde bedden en een gemiddelde kost wat betreft overheadkosten, wordt dan een totaalbudget voor het ziekenhuis berekend. Om echter te vermijden dat ziekenhuizen hun activiteiten ongebreideld ontplooiën en de totale activiteit verhogen los van enige programmatie en geografische afstemming wordt er een quotum berekend waarbij slechts een beperkte overschrijding van de vooraf bepaalde activiteit wordt toegestaan. De totale verantwoorde kost, gedeeld door het quotum van verpleegdagen geeft vervolgens een gemiddelde verpleegdagprijs per ziekenhuis. Deze verpleegdagprijs is een gemiddelde en niet de reële prijs van het verblijf per dag, maar geeft wel een indicatie van de dagprijs voor de verblijfsfunctie van het ziekenhuis. Voor weinig complexe verblijven zal deze prijs te hoog uitvallen,

<sup>6</sup> Een onderliggend mechanisme dat in deze context gebruikt kan worden is de zogenaamde 'yardstick competition' waarbij vastomlijnde behandelingen worden terugbetaald aan een vast tarief (bv. een gemiddelde kost), waardoor efficiënte aanbieders winst kunnen maken en inefficiënte aanbieders verlies maken en de markt verlaten. Op die manier wordt gaandeweg een dynamiek op gang gebracht die de gemiddelde kost zal doen dalen.

voor complexe interventies te laag. Er vindt m.a.w. een cross-subsidiëring plaats waarbij de eenvoudige ingrepen de complexe ondersteunen.<sup>7</sup>

## 1.6 Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was om een breed kader te scheppen voor discussies over prijscontrole in de gezondheidszorg omdat we denken dat deze sector verschillende parallellen, maar anderzijds toch ook een aantal verschilpunten heeft met de residentiële ouderenzorg. De belangrijkste punten zijn de volgende. Wanneer de theoretische voorwaarden tot een goede marktwerking voldaan zijn dan biedt een vrije prijsvorming goede garanties dat er efficiënt omgesprongen wordt met beschikbare middelen in de creatie van welvaart en dat producten verruild worden op basis van hun waarde. In de gezondheidszorg zijn deze voorwaarden echter doorgaans niet voldaan en is er vaak een noodzaak tot overheidsinterventie, bv. via een prijscontrole systeem. De reden hiervoor is enerzijds economisch, aangezien de voorwaarden om tot goed functionerende markten te komen niet voldaan zijn. Maar anderzijds zijn er ook sterke ethische redenen, aangezien we vinden dat toegang tot zorg niet bepaald zou mogen worden door financiële armkracht van iemand. Deze argumenten gaan zeker ten dele op voor de ouderenzorg. Een duurzaam prijscontrolesysteem moet daarom een evenwicht zien te vinden tussen enerzijds het betaalbaar houden van zorg voor patiënten en de ziekteverzekering en anderzijds het garanderen van de beschikbaarheid van een voldoende groot en kwalitatief aanbod. We hebben kort aangegeven hoe overheden deze balans trachten te maken in de context van de prijsbepaling van geneesmiddelen en ziekenhuisverblijven.

---

<sup>7</sup> Wanneer patiënten echter systematisch voor complexe interventies naar een bepaald ziekenhuis trekken, en voor eenvoudigere naar een ander dan kan dit het eerstgenoemde in de problemen brengen.

## 2 | Prijscontrole van de woonzorgcentra: oorsprong en huidige regeling

### 2.1 Regelgeving

#### 2.1.1 Federale oorsprong

De prijscontrole van de FOD Economie heeft een lange voorgeschiedenis die terug gaat tot de Besluitwet van 22 januari 1945, en een uitgebreid instrumentarium om de prijzen onder controle te houden, maar ook in functie van normale marktfunctionering.

De prijzencontrole raakt één van de meest klassieke vormen van overheidsinterventie in het economisch gebeuren in België. Op basis van reglementering die teruggaat tot 1945 en 1971, bestond de prijscontrole uit drie formules: opleggen van maximumprijzen en/of winstlimieten, stelsel van prijsverhogingsaangiften en het sluiten van programmaovereenkomsten.

Sinds 1993 is de prijsvorming voor de meeste sectoren vrij, maar werd daarentegen voor een aantal sectoren, waar de prijsvorming niet tot stand kon komen via optimale concurrentie, of sectoren met uitgesproken sociale dimensie (zoals de sector geneesmiddelen, nutsvoorzieningen, energieprijzen, verzekeringen, en ook de instellingen voor bejaardenopvang) toch het stelsel van prijscontrole behouden. Prijscontrole heeft een impact op de winst, en om die reden kan het ook een marginale of substantiële impact hebben op de investeringen in de sector en het aanbod in het algemeen. Naast zijn klassieke macro-economische rol op het vlak van de beheersing van de inflatie, heeft zij ook een rol te spelen in de bescherming van de gebruiker en in sociale doeleinden.

Het prijsbeleid is in België voorwerp geweest van diverse analyses, eerst in de context van de beheersing van de loon-prijsspiraal, nadien vanuit een groeiende kritische analyse van het overheids-optreden in het algemeen en de pleidooien voor deregulering. Het HIVA zelf heeft in de beginperiode overigens een bijdrage geleverd in deze discussie (Martens, 1977; Boll, Ceyssens, Martens, & Pacolet, 1977).

De basiswetgeving werd sinds 1945 herhaaldelijk aangepast en bij de wet van 30 juli 1971 omgedoopt tot ‘wet op de economische reglementering en de prijzen’ (Huveneers, 2005).

Oorspronkelijk waren de bevoegde instanties de Minister van Economische Zaken, de Prijzen-dienst, de Commissie tot regeling der prijzen, en de Algemene Economische Inspectie. De activiteiten bereikten een hoogtepunt in de jaren zeventig toen de inflatie haar top bereikte. Om een idee te geven van de omvang van de controle: in 1974 waren er 7 032 prijsverhogingsdossiers (Martens, p. 137). In 2004, met een aanzienlijke afslanking van de opdracht, waren er nog 1 365 behandelde prijzen-dossiers, waarvan 586 voor de woonzorgcentra (Huveneers, 2005, p. 9).

Het ministerieel besluit van 20 april 1993 herleidde het prijzenbeleid tot twee luiken, met name een luik dat alle sectoren omvat die vrij zijn hun prijzen vast te stellen, en een tweede luik waarbij een aantal sectoren wel nog onderworpen blijven aan de prijscontrole. Dit waren een aantal sectoren die men omwille van de sociale dimensie onder controle wenste te houden, en een aantal sectoren waar men vreesde geen optimale mededinging te zien optreden, onder meer distributie.



Deze sectoren waren (Huveneers et al., p. 7):

- de geneesmiddelen voor menselijk gebruik;
- hartstimulatoren;
- inplantbare defibrillatoren;
- antitachycardie stimulatoren;
- neurostimulatoren;
- hartkleppen;
- intra-oculaire lenzen voor grauwe staar;
- beender- en gewrichtsprothesen;
- de instellingen voor bejaardenopvang;
- de afvalverwerking;
- de teledistributie;
- de waterdistributie;
- het vervoer per taxi;
- de aardolieproducten;
- het gas en de elektriciteit onderworpen aan de nationale tarificatie;
- de verplichte verzekeringen op nationaal, regionaal of communautair niveau.

De eerste prijsreglementering omvatte instrumenten als de normale prijs, maximumprijzen en marges, met instrumenten als prijsblokkering, het gebruik van een (kost)prijsschema, categoriale en individuele maximumprijzen of -marges, contractuele prijzen, en verplichte aangiften tot prijsverhoging (B. Martens, 1977, p. 131 e.v.). De naoorlogse doelstelling was het herstel van de bevoorrading tegen normale prijzen, nadien kwam de periode 1951-1965 waar men vooral maximumprijzen en maximummarges voor ogen had voor noodzakelijke producten, ingegeven vanuit de bekommernis om de koopkracht van de bevolking te vrijwaren. Nadien kwam de inflatiebestrijding op de voorgrond, waar zelfs indexmanipulatie bij hoorde. De controle op de prijsverhogingen is misschien zelfs even belangrijk als de prijsbepaling voor nieuwe producten. Het prijsbeleid was evenwel ook een deel van het sociaaleconomisch overleg, met vertegenwoordigers van werkgevers, vakbonden, verbruikersverenigingen, enz. In de studie over de praktijk van prijsverhogingsaangiften in de jaren zeventig waren de determinanten voor prijsverhogingen het kostenverloop, de vraagevolutie en de prijsverwachtingen. Maar de prijsverhogingsaangifte kan ook beïnvloed worden door de prijsregulering zelf (Ibidem, p. 178). Het zou interessant zijn om dergelijke gedetailleerde analyse over te doen voor de prijsreglementering in de woonzorgcentra.

Het Ministerieel Besluit van 12 augustus 2005 houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaardenzorg specificeert de procedure van de prijscontrole voor deze sector (Zie ook Groenboek zesde Staatshervorming, Deel 1 Sociaal-Economisch Beleid, 16 september 2013, bijlage bij hoofdstuk 4 Prijzencontrole). Dit besluit regelt de kennisgeving voor een nieuw product of dienst en de aanvragen voor een prijs- en margeverhoging. Het is deze regelgeving die is overgedragen aan de Gewesten respectievelijk de Duitstalige Gemeenschap. Onder de federale regeling is het de Prijzendienst die de kennisgevingen en aanvragen tot prijsverhoging controleert. Een gedetailleerde oplijsting is gemaakt van de informatie die ter beschikking moet worden gesteld en tevens wordt een omstandige becijferde verantwoording van de prijsverhoging gevraagd. De prijzendienst onderwerpt de aanvraag aan het advies van de Commissie tot Regeling der Prijzen. Een vereenvoudigde procedure is voorzien voor de mededeling van de indexering van de dagprijs aan de inflatie. Het is in deze regelgeving dat de regionalisering van deze bevoegdheid zal worden ingepast.

Voor een aantal andere diensten wordt ook de regionalisering van de prijscontrole doorgevoerd. Voor zowel terugbetaalbare als niet terugbetaalbare geneesmiddelen voor menselijk gebruik, alsook de grondstoffen voor magistrale bereidingen als implantaten en hoorapparaten wordt in 2013 een

uitgebreide controle op de prijs voor zowel nieuwe producten als voor prijsverhogingen ingebouwd in een nieuw 'boek V 'De mededinging en de prijsevoluties' van het Wetboek van Economisch Recht (zie verder).

De oorspronkelijke prijsreglementering ging uit van de overigens logische ambitie om zowel de prijzen van nieuwe producten te controleren, als de prijsverhogingen. Voor de geneesmiddelen, zowel terugbetaalde als niet terugbetaalde, en ook voor de implantaten en voor de hoorapparaten is deze strengere regeling nog steeds het geval. Het aparte hoofdstuk mededinging en prijscontrole sinds 2013 ingeschreven in het Wetboek Economisch Recht geeft hiervoor de contouren.

Indien bij de laatste, zie website FOD Economie, verwezen wordt naar de belangrijke overheids-subsidie vanuit de sociale zekerheid en het belang voor de bescherming van de gebruiker, kunnen de cijfers van de RIZIV-begroting het macro-economische belang illustreren. De terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen zijn goed (begroting 2014 ) voor 4,8 miljard euro, terwijl de sector van de woonzorgcentra ingeschreven is voor 2,8 miljard euro. Vanuit het standpunt van de gebruiker berekent het RIZIV ook de remgelden voor terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen op 0,6 miljard en onze eigen raming van de dagprijs in België is ongeveer 2,2 miljard (in tabel 5.1 ramen wij de omzet aan dagprijzen alleen al in Vlaanderen op 1,5 miljard euro). Zowel vanuit het oogpunt van het aandeel publieke financiering maar misschien nog meer wat betreft het aandeel van de gebruiker zelf, zou eenzelfde verantwoordingsplicht kunnen verwacht worden van niet alleen de prijsverhogingen maar ook van de nieuwe producten/diensten. Dat dit niet meer het geval is voor de dagprijs van nieuwe voorzieningen kan dan ook als een afwijking gezien worden van de algemene regels die doorgaans gehanteerd werden voor de prijscontrole.

Geen systematische rapportering is publiek beschikbaar over de prijscontrole in het kader van deze nieuwe regelgeving. Als antwoord op de Parlementaire vraag van K. Partyka, 2008, verduidelijkt de minister de werkwijze die gehanteerd wordt op basis van het ministerieel besluit van 12 augustus 2005. Er zijn geen specifieke richtlijnen of instructies over hoe de prijsverhogingsaanvragen dienen te worden behandeld. Deze worden beoordeeld op de individuele merites als de gemaakte investeringen, de prijsverschillen, de aard van kamer en comfort in de oude en de nieuwe situatie. Indien te grote prijsstijgingen worden gevraagd, worden overgangsregelingen gevraagd om zij sociaal aanvaardbaar te maken: 'Een verhoging van 2,50 euro tot 3 euro/dag om de zes maanden is in het algemeen aanvaardbaar'. De minister van Economie gaat er van uit dat 'deze criteria zijn gekend zowel door de uitbaters - privé en openbare - van de instellingen voor bejaardenopvang als door de betrokken beroepsfederaties'. Tenslotte wordt ook vermeld dat deze regelgeving niet in overleg met de gewesten en gemeenschappen werd uitgewerkt.

In een antwoord op een Parlementaire vraag van G. De Padt (22 september 2010) geeft de minister een beeld op de dagprijsverhogingen in 2008 (1,51 euro of 4.1%), 2009 (0,56 euro of 1,46% ) en in 2010 (1 euro of 2,57%). Het zijn nominale prijsverhogingen, dus met inbegrip van de indexering. De inflatie is in die jaren respectievelijk 4,5%, 0% en 2,1% wat de indruk geeft dat de prijsstijging niet fel boven de algemene inflatie ligt. Als argumentatie voor de prijsverhogingen geeft de minister op: exploitatieverlies, stijging loonkosten omwille uitbreiding personeelsbestand of sociale akkoorden waarvoor geen RIZIV-financiering is voorzien, kosten verbouwingswerken om te voldoen aan de normen, ingebruikname van vervangingsnieuwbouw (Senaat, Schriftelijke vragen, 2010 en antwoord op 28 januari 2011).

Dit besluit is aangepast met de instanties die sinds de regionalisering van deze bevoegdheid instaan voor de controle. Dezelfde informatie wordt nog opgevraagd, zowel in Vlaanderen, de Duitstalige Gemeenschap als voor Wallonië. Een opmerkelijk punt is dat de regelgeving nog verder gespecificeerd is in Vlaanderen voor voorzieningen die nieuwe producten aanbieden na een aanzienlijke renovatie uitgevoerd met subsidie.



### 2.1.2 Regionalisering

In het kader van de 6<sup>de</sup> Staatshervorming worden de deelstaten bevoegd om de prijzen te controleren in de materies die onder hun bevoegdheid vallen: afvalbeleid, waterbeleid, openbare gas distributie en distributie elektriciteit, taxidiensten, huur van goederen bestemd voor verblijf, pacht en handel, de *'hotelaspecten van de woonzorgcentra'* en de teledistributie (Groenboek zesde staatshervorming, 2013, p. 25).

In het Groenboek dat door de Vlaamse Administratie werd opgesteld ter voorbereiding van de 6<sup>de</sup> staatshervorming werd reeds uitgebreid ingegaan op de overdracht van de prijscontrole naar de Gemeenschappen. Er was onduidelijkheid over de mate dat de federale bevoegdheid van prijscontrole behoorde tot de bevoegdheid van Economische Zaken, maar blijkbaar ook van Volksgezondheid (dat laatste was onduidelijk) en dat ofwel de bevoegdheid in zijn totaliteit zou overgenomen worden door de Vlaamse equivalent, of dat men de bevoegdheid zou toebedelen aan de respectievelijke Vlaamse ministers bevoegd voor de verschillende domeinen waarop nog een prijscontrole van toepassing was. Het werd de laatste optie. Eén daarvan waren de instellingen voor bejaardenzorg.

Ministerieel besluit van 12 augustus 2005 houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaardenopvang omschrijft de procedure voor de prijscontrole. Vanaf 2015 is deze bevoegdheid overgedragen naar de Gewesten en Gemeenschappen. De prijscontrole is van toepassing op de woonzorgcentra, de rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagopvang, centra voor nachtopvang, de centra voor kortverblijf voor bejaarden en de serviceflatgebouwen.

### 2.1.3 Overige relevante federale reglementering

De federale overheid blijft de bevoegdheid behouden voor de algemeen prijs- en inkomensbeleid. In het kader van de betere monitoring van de prijsevolutie werd recent een Prijzenobservatorium ingesteld. Daarnaast is het Mededingingsbeleid een essentieel complement voor de prijscontrole. Wij illustreren met telkens een voorbeeld hoe de zorgsector, en met name de ouderenzorg, ook door deze federale instrumenten en instituties kunnen gevat worden.

Na de staatshervorming die een aantal bevoegdheden van de prijscontrole heeft overgeheveld naar de gewesten en gemeenschappen, is op het federale niveau aan de ene kant de aandacht voor het mededingingsbeleid toegenomen, maar aan de andere kant blijft ook de prijsregulering voor een aantal producten van kracht. Daarnaast is het Prijzenobservatorium dat reeds in 2009 werd gecreëerd een illustratie van het belang dat men hecht aan de monitoring en eventueel regulering en controle van bepaalde prijzen.

De wet van 3 april 2013 (in voege vanaf 2014) voert in het Wetboek van Economisch Recht een boek V 'De mededinging en de prijsevoluties' toe, waar in een eerste titel algemeen wordt gesteld dat 'de prijzen van goederen en diensten worden bepaald door de vrije mededinging', maar wanneer het Prijzenobservatorium een 'probleem inzake prijzen of marges, een abnormale prijsevolutie, of een structureel marktprobleem vaststelt, kan het de betrokken partijen, de beroepsfederaties en de consumentenorganisaties raadplegen' en hierover een verslag opstellen voor de minister en tevens voor de mededingingsautoriteit (het Mededingingscollege). Deze kan oordelen dat dringende maatregelen nodig zijn op basis waarvan de minister van economie een plan dient voor te leggen om de marktwerking te verbeteren. De minister kan hiertoe programmaovereenkomsten met de betrokken ondernemingen of sector afsluiten. Het illustreert de nauwe verwevenheid tussen het prijsbeleid en het mededingingsbeleid.

#### 2.1.3.1 Mededingingsbeleid

De Belgische Mededingingsautoriteit heeft tot opdracht de mogelijke concentratie in de markt en het misbruik van marktmacht te bestuderen.

### 2.1.3.2 Fusies en overnames moeten gemeld worden en worden getoetst op de impact op de marktstructuur. Dit geldt ook voor de sector van de woonzorgcentra. Prijsobservatorium en de controle op geneesmiddelen

Sinds 2009 heeft het INR (Instituut Nationale Rekening), met het oog op een betere bewaking van de inflatie en van de bescherming van de consument tegen een te sterke prijsstijging, de opdracht bijgekregen van het 'Prijsobservatorium'. Het INR vertrouwde de opdracht toe aan de FOD Economie. In 2013 werd dit verder uitgebreid naar ook de invloed van de marktwerking op het prijsniveau en de prijsstijgingen. Viermaal per jaar brengt het INR verslag uit over de inflatie in het algemeen en het prijsstijgingstempo van vijf grote productgroepen (energie, bewerkte en niet-bewerkte levensmiddelen, diensten en industriële goederen).

In 'Titel 2 – Prijsvaststellingen van geneesmiddelen en gelijkgestelden' van het boven vermelde boek V worden verder de aparte regels vermeld van de resterende prijscontrole. Het betreft geneesmiddelen met uitzondering van veeartsenijkundige geneesmiddelen, grondstoffen voor magistrale bereidingen en 'geheel of ten dele met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties'. Tot deze laatste behoren implantaten en hoorapparaten.

De FOD Economie omschrijft de bevoegdheid rond gereguleerde prijzen als hebbende 'nog slechts een residuaire rol in het economisch beleid'. 'Economische concurrentie is de regel, met als algemeen principe de vrije prijsvorming'.

Maar Titel 2 geeft de Minister van Economie het recht om tussen de komen bij een aantal uitzonderingen, 'door een stelsel van prijsbepaling of maximummarges en dan vooral in sectoren met een grote sociale dimensie die ruim gefinancierd worden door de sociale zekerheid'. Het is de Prijzen-dienst die zowel prijsaanvragen, prijsverhogingsaanvragen als kennisgevingen van prijzen behandelt en via de Commissie tot regeling der prijzen en van de Prijzencommissie voor de Farmaceutische Specialiteiten advies geven over de prijsvaststellingen of prijsverhogingen.

De prijsregulering van geneesmiddelen voor menselijk gebruik betreft zowel door het RIZIV terugbetaalbare geneesmiddelen als niet terugbetaalbare, voorgeschreven of niet-voorgeschreven, alsook generieke geneesmiddelen. Volgens de FOD Economie is 'ongeveer 80% van de totale omzet van de farmaceutische industrie afkomstig van verkoop van geneesmiddelen die betaald worden door de ziekte- en invaliditeitsverzekering'.

'De rol van de minister van Economie bestaat uit het verenigen van de belangen van zowel de consumenten en de ziekte- en invaliditeitsverzekering als de ondernemingen die pleiten voor een nieuw aanvaardbaar prijsniveau. Bovendien is het de rol van de minister van Economie om de farmaceutische industrie de noodzakelijke middelen voor haar ontwikkeling te leveren en een voldoende hoog rentabiliteitsniveau te verzekeren om onder andere investeringen in onderzoek en ontwikkeling mogelijk te maken.'

([http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde\\_prijzen/Geneesmiddelen/](http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde_prijzen/Geneesmiddelen/))

'De minister van Economie bepaalt de prijs af fabriek, btw niet inbegrepen (verkoopprijs zonder btw van de farmaceutische onderneming) en spreekt zich ook uit over de verhoging van deze af-fabriekprijs zonder btw die door de onderneming wordt gevraagd. De verdelingsmarges voor de groothandelaar en de apotheker worden eveneens gereguleerd. De minister van Economie legt de verkoopprijs aan publiek, btw inbegrepen, vast. De toegestane prijzen zijn de maximumprijzen per verpakking.'

([http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde\\_prijzen/Geneesmiddelen/](http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde_prijzen/Geneesmiddelen/))

Voor de sector van hoortoestellen worden dezelfde argumenten gebruikt: 'De hoortoestellenindustrie is ook een sector die een deel van haar middelen haalt bij de sociale zekerheid aangezien de meeste hoortoestellen ten laste vallen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Net als bij de sector van de geneesmiddelen en de implantaten is ook de sector van de hoortoestellen een sector waar sociale

redenen en gezondheidsredenen een zeer belangrijke rol spelen. Het is dus belangrijk alle aspecten te controleren.’ ‘De minister van Economie legt voor alle hoorapparaten een maximumprijs vast ongeacht of ze al dan niet door de sociale zekerheid worden terugbetaald’.  
([http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde\\_prijzen/hoortoestellen/](http://economie.fgov.be/nl/consument/Gereguleerde_prijzen/hoortoestellen/)).

De boven genoemde wet van 2013 verruimde de opdracht van het Prijzenobservatorium. Niet alleen kon zij ‘overgaan tot de noodzakelijke analyses van de prijzen (zowel in termen van evolutie als van niveau) maar ook tot de analyse van de marges en van de marktwerking. Het Koninklijk Besluit van 10 april 2014 bepaalde dat de hoorapparaten ook onderworpen zijn aan een stelsel van prijsreglementering, dat zowel een ‘prijsvaststelling’ omvat voor nieuwe apparaten, en ‘prijsverhogingsaanvragen’. In beide gevallen wordt door de Minister een maximumprijs vastgesteld. Een kennisgevingsprocedures geldt wanneer de prijsverhoging nog beneden de vastgestelde maximumprijzen ligt, of bij innovatie aan het product waarbij een nieuwe maximumprijs wordt vastgesteld door de Minister, en tenslotte is er een ‘meldingsprocedure’, bijvoorbeeld als de onderneming van naam verandert, of de benaming van het hoorapparaat wordt gewijzigd (Prijzenobservatorium, p. 52-53). Het rapport van het prijzenobservatorium geeft een overzicht van de markt van de hoorapparaten, de situatie binnen de ziekteverzekering, en de rol van remgelden en supplementen. Het RIZIV bepaalt een nomenclatuurprijs voor het hoorapparaat dat bestaat uit de terugbetaling en het remgeld. Daarnaast is er een niet onaanzienlijk supplement ten laste van de patiënt. Een onderscheid wordt gemaakt tussen ‘monofonische’ en ‘stereofonische’ apparaten. In onderstaande tabel worden de verschillende componenten weergegeven. ‘De apparaten aan de onderkant van het gamma, zonder supplement ten laste van de patiënt, worden verkocht tegen de nomenclatuurprijs. Voor deze apparaten komt het bedrag dat de patiënt moet betalen overeen met het remgeld’ (Ibidem, p. 23). Het is het equivalent van het ‘ziekenfondsbrilletje’ onder de hoorapparaten. Van de 46 275 hoorapparaten waarvoor in 2013 een terugbetaling door het RIZIV gebeurde, was er voor 35 135 eenheden of 76% een supplement aanwezig, dat 144% tot 155% bedroeg van de terugbetaling (Ibidem, p. 25; zie ook tabel 2.1). Daarnaast werd een analyse gemaakt van de kostenstructuur, de marge en de rendabiliteit van de sector, en werd ook een internationale vergelijking gemaakt van de gehanteerde prijzen, iets wat voor dit product iets eenvoudiger was aangezien er ook internationale producenten zijn die hun producten in verschillende landen verkopen. Maar de verkoopprijs bevat naast de materiële componenten, ook advies en begeleiding van de gebruiker, wat in een internationale vergelijking moet meegenomen worden.

De conclusie van de studie was: ‘Op basis van de beschikbare statistieken en informatie, stelt het Prijzenobservatorium geen probleem vast inzake marktwerking voor hoorapparaten in België’ (Ibidem, p. 55). Geen evaluatie werd gemaakt van het toezicht op de prijzen zelf, bijvoorbeeld hoe de maximumprijzen worden bepaald en hoe deze zich verhouden tot de prijsstelling zelf of de prijsverhogingsaanvragen. Merk op dat in de reglementering zowel een prijsvaststelling als een prijsverhogingsaangifte is voorzien. Misschien is het ook logisch. Wij komen alvast ook tot die conclusie voor de sector van de woonzorgcentra. Het feit dat men met maximumprijzen werkt is vergelijkbaar met de procedure om met prijsstijgingspercentages te werken in de huidige procedure voor de woonzorgcentra (zie verder).

Tabel 2.1 Prijzen van hoorapparaten in België, 2013, bedrag in euro

	Stereofonisch apparaat	Monofonisch apparaat
Terugbetaling RIZIV	1.301,5	657,5
Gemiddeld supplement	1.881,7	1.020,4
Remgeld	87,6	43,7
Gemiddelde aankoopprijs	3.270,8	1.721,6
Supplement als % van terugbetaling	145	155

Bron Prijzenobservatorium, p. 27

## 2.2 Recente evolutie van de prijzen in de woonzorgcentra op basis van sectorgegevens uit Vlaanderen

Vooreerst geven wij de gemiddelde dagprijs in de sector van de woonzorgcentra in Vlaanderen (Statbel, Index van consumptieprijzen, weging) op basis van de gegevens van de prijsverhogings-aangiften. Gecorrigeerd voor de inflatie merken wij dat deze niet zo sterk gestegen is in de periode van 1991 tot 2003, terwijl het meest recente cijfer voor 2012 wel een iets grotere reële toename laat uitschijnen.

In Pacolet en De Coninck (2015), geven wij een aantal beperkingen mee van de registratie van de dagprijzen bij de prijsdienst van de FOD-economie. Wij hernemen hierna een aantal vaststellingen.

Uit de documentatie van de FOD Economie over de prijsaangiften van de sector van de woonzorgcentra blijkt dat de woonzorgcentra op basis van verschillende criteria (kunnen) differentiëren in hun dagprijs (binnen het eigen woonzorgcentrum). Doorgaans wordt een andere dagprijspolitiek gehanteerd naargelang het comfort van de kamer, meer bepaald:

- één of meerpersoonskamer;
- grootte van de kamer;
- het al dan niet beschikken over een apart toilet in de kamer;
- het al dan niet beschikken over een aparte badkamer in de kamer;
- het al dan niet beschikken over een terras;
- in een nieuwbouw ligt de dagprijs hoger dan bv. in een oudere vleugel.

Maar ook andere criteria worden gehanteerd:

- inwoner/niet-inwoner van de gemeente waartoe het woonzorgcentrum behoort. Dit criterium wordt vaak gehanteerd door openbare woonzorgcentra, maar af en toe ook door vzw-voorzieningen. Vermoedelijk worden deze laatste bijkomend gesubsidieerd door de gemeente als inwoners van de gemeente hun intrek nemen in het woonzorgcentrum, veelal omdat deze gemeentes niet in een eigen aanbod voorzien. Dit werd alvast enkele keren geconstateerd bij het raadplegen van de website van een vzw voorziening;
- het onderscheid tussen ROB/RVT-bewoners werd een beperkt aantal keren opgemerkt;
- er werd zelfs genoteerd dat een andere dagprijs werd aangerekend naargelang de bewoner in een afdeling voor personen met dementie verblijft of niet.

De beschikbare dataset van dagprijzen bij de FOD Economie bevatte echter geen informatie over het aantal aangeboden kamers per opgegeven dagprijs. De 'gemiddelde' dagprijs per woonzorgcentra die door de FOD Economie berekend wordt, is louter het rekenkundig gemiddelde van de verschillende gehanteerde dagprijzen per voorziening. Het is echter aangewezen een gewogen gemiddelde te berekenen teneinde de nauwkeurigheid van de inkomsten vanuit de dagprijs te verhogen, maar deze benadering is met deze dataset niet mogelijk. De FOD Economie beschikt overigens niet over de

oppervlakte van de kamer of het aantal een- of tweepersoonskamers, wat tevens relevante informatie zou zijn voor dit onderzoek.

Deze nauwkeurigheid brengt vermoedelijk eerder een overschatting dan een onderschatting van de dagprijzen met zich mee. De meeste woonzorgcentra hanteren een standaard dagprijs voor een standaard kamer. Daarbovenop worden mogelijk enkele ‘comfort kamers’ aangeboden aan hogere dagprijzen, waarbij meer luxe of een grotere oppervlakte een rol speelt in de hogere dagprijs. Deze twee type prijzen beschouwen als evenveel voorkomend (cf. rekenkundig gemiddelde), is een foute veronderstelling en brengt een overschatting van de dagprijs met zich mee.

Omgekeerd scenario kan echter ook voorkomen bij de oudere woonzorgcentra waar vermoedelijk ook meer- of tweepersoonskamers of kamers zonder sanitaire voorzieningen (lagere dagprijzen) worden aangeboden. Deze kamers met weinig comfort doven uit en zijn bijna verdwenen bij de recent gebouwde voorzieningen (omwille van de bouwvoorschriften binnen de VIPA-wetgeving). Deze kamers met een beperkt comfort worden aan lagere dagprijzen aangeboden, wat het rekenkundig gemiddelde van het woonzorgcentra zou drukken. Mogelijk heffen beide effecten elkaar gedeeltelijk op.

Door de wijziging van de mix van kamers, kan bijgevolg de evolutie van de gehanteerde gemiddelden een onderschatting of een overschatting uitmaken. Voor een analyse tussen de verschillende instellingen en in de hypothese dat wij de meest representatieve kamertype selecteren zou het materiaal wel bruikbaar kunnen geweest zijn.

In Pacolet en De Coninck (2015), hebben wij toch een eerste analyse uitgevoerd van die beschikbare gegevens over de dagprijs. De analyse van de dagprijs bevat 590 woonzorgcentra en vertegenwoordigt 80% van alle woonzorgcentra actief in Vlaanderen. De analyse wordt uitgevoerd op het voorzieningenniveau en niet zoals in vorige hoofdstukken op koepelniveau.

De indeling naar eigendomsstructuur is gebaseerd op het economisch statuut van de voorziening en niet op het juridisch statuut zodat berekende cijfers over de dagprijs niet altijd vergelijkbaar zullen zijn met andere analyses van verschillen in prijzen naar eigendomsstructuur gebaseerd op de juridische indeling.

**Tabel 2.2 Gemiddelde dagprijs voor een eenpersoonskamer in een woonzorgcentrum, Vlaanderen, 2012**

	Openbare sector	Private non-profit	Private for-profit	Sectorniveau
Dagprijs voorzieningen in de analyse	46,0	49,2	49,3	48,3
Aantal voorzieningen (N)	169	279	142	590
Dagprijs alle voorzieningen in Vlaanderen	46,5	49,6	48,9	48,5
Aantal voorzieningen (N)	227	343	177	747
Gemiddelde marge per subsector (analyse op koepelniveau)	-12,9	4,6	0,9	-2,4
Aantal ondernemingen	178	171	49	398

Bron Pacolet en De Coninck (2015), tabel 9.1 en 11.1

In tabel 2.2 komt duidelijk de lagere dagprijs van de publieke sector (46 euro per dag) naar voor. Hun dagprijs ligt ruim 3 euro per dag lager dan dat van de private tegenhangers. Tussen de twee private spelers wordt geen verschil opgemerkt, wat ook bevestigd wordt door de t-toets.<sup>8</sup> De dagprijs is echter niet gecorrigeerd voor elementen van comfort of regio, wat een hogere of lagere dagprijs zou kunnen verantwoorden.

<sup>8</sup> Een t-toets is een parametrische statistische toets die onder andere gebruikt kan worden om na te gaan of er al dan niet een verschil is tussen de gemiddelden van twee groepen.

De grote verlieslatendheid van de openbare voorzieningen is ook zichtbaar in deze tabel. De lagere dagprijzen verantwoorden slechts een gedeelte van het verlies dat binnen de sector oploopt tot gemiddeld 12,9 euro per dag per woongelegenheden. Opdat de openbare sector, gemiddeld gezien, break-even kan draaien, zou de gemiddelde dagprijs van de sector met 12,9 euro moeten stijgen. Om dezelfde marge te halen als de private non-profit zou er nog eens 4,6 euro per dag moeten bijkomen. Het verschil tussen de twee subsectoren moet dus nog te zoeken zijn in andere ontvangsten en vooral kosten.

In 2012 maakt de persoonlijke bijdrage van de bewoner zo'n 37,2% van de totale bedrijfsopbrengsten uit. De cijfers variëren van 37,9% bij de publieke voorzieningen, 35,8% bij de private non-profit tot 41,3% bij de commerciële spelers. Het aandeel gebruikersbijdrage ligt hoog ten opzichte van andere welzijnssectoren. In de thuiszorg bijvoorbeeld ligt het gebruikersaandeel op slechts 15% (Pacolet, De Coninck, & De Wispelaere, 2013).

Gezien de forfaitaire dagprijs van de voorziening niet afhangt van de zorgbehoevendheid van de bewoners, zal het aandeel van de dagprijs in de totale inkomsten of kosten van de voorziening sterk verschillen. Voorzieningen met een hoge zorgafhankelijkheidsgraad zullen immers meer kosten en opbrengsten kennen, maar daarom geen hogere of lagere dagprijs hanteren. Het percentage is een gemiddelde met een grote spreiding tussen de voorzieningen. Bij meer O- en A-zorgprofielen is het aandeel van de RIZIV-financiering kleiner en bijgevolg is de dagprijs het gros van de financiering. Bij een tekort riskeert een van de twee groepen (O en A versus B en C) meer of minder zorg te krijgen of de andere te subsidiëren.

Wij onderzochten verder via meervoudige regressie welke factoren prijsverschillen zouden kunnen verklaren. Het model in tabel 2.3 verklaart echter amper de verschillen in dagprijs. Dat uit zich in de determinantcoëfficiënt ( $R^2$ ) die slechts op 0,09 ligt. Dit wil zeggen dat slechts 9% van de variantie in de dagprijs verklaard wordt door voorgaande onafhankelijke variabelen.

Het effect van de eigendomsstructuur wordt door de regressieanalyse bevestigd. De grootte van de voorziening heeft een positieve impact op de dagprijs, maar die impact is zeer beperkt te noemen. De zorgbehoevendheid kent een negatieve impact op de dagprijs. Hoe hoger de zorgbehoevendheid, hoe lager de dagprijs. Het verschil tussen de RIZIV-tussenkost en de zorgkost neemt vermoedelijk af naarmate de zorgbehoevendheid van de bewoners stijgt, wat nogmaals wijst op een betere financiering van de hogere zorgprofielen, waardoor men het tekort minder moet doorrekenen in de dagprijs.

**Tabel 2.3** Meervoudig regressiemodel op de geafficheerde dagprijs van eenpersoonkamers in de woonzorgcentra (Vlaanderen, 2012)

Variabelen	Regressie-coëfficiënt	Significantie
Intercept	49,17	0,000 (***)
Effect non-profit ten opzichte van de publieke sector	3,94	0,000 (***)
Effect for-profit ten opzichte van de publieke sector	4,29	0,000 (***)
Gemiddelde grootte van de voorziening in aantal woongelegenheden	0,01	0,050 (**)
Aandeel B- en C-zorgprofielen	-11,17	0,004 (***)
Aandeel RVT-bedden	1,06	0,611
% bovennormpersoneel	-1,02	0,678
Inzet van zorgpersoneel, in VTE per 30 bewoners	0,28	0,289

Bron Eigen verwerking in Pacolet & De Coninck (2015, p. 171)

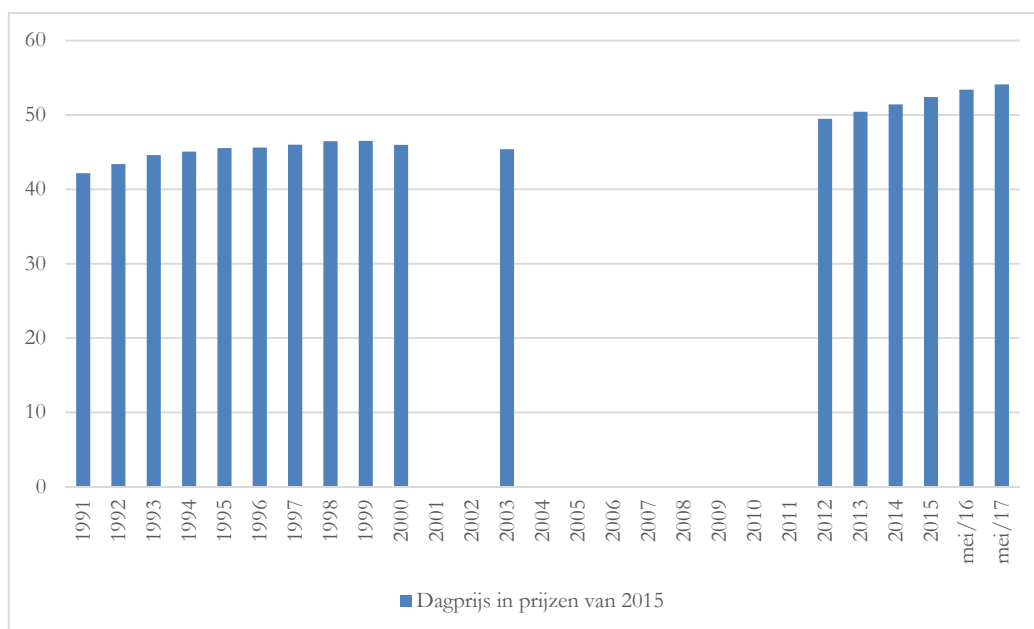
De lage  $R^2$  leert ons dat tal van factoren niet zijn gedetermineerd. Factoren zoals ligging (grondprijs gemeente), comfort (grootte van de kamer, nieuwbouw, etc.), hoogte van de supplementen en dergelijke meer zullen vermoedelijk een veel grotere impact hebben op de dagprijs. Uit een vroegere analyse van de dagprijs, waarbij exogene factoren werden meegenomen komen wij tot een betere verklaring van de verschillen in dagprijs. In het rapport van Pacolet et al. (2012) werd dergelijke regressieanalyse op de ligdagprijzen reeds uitgevoerd, rekening houdend met factoren zoals de prijs van de bouwgrond, het inkomen van de gemeente en de woondichtheid van de gemeente. De analyse verklaart 21% van de variantie in de dagprijzen. Dat is nog weinig, maar meer dan de 9% gebaseerd op enkel interne factoren. De variabelen 'prijs van de bouwgrond van de gemeente' en 'de woondichtheid van de gemeente' bleken een significante rol te spelen in de verklaring van de variantie in ligdagprijzen.

In het verleden hanteerden wij gegevens uit de 'Feedback' enquête voor de RVT's georganiseerd door de FOD Volksgezondheid (Pacolet & Cattaert, p. 28 e.v. ). Ook toen viel op dat de dagprijs weinig verschilt tussen een éénpersoonkamer en een tweepersoonkamer, terwijl het verschil groter werd naarmate wij te maken hadden met drie of vierpersoonkamers. De cijfers krijgen echter pas betekenis indien wij ook het aandeel van elk van die kamertypes kunnen inschatten. Uit de studie bleek verder het gemiddeld hogere prijsniveau voor de vzw's tegenover de openbare sector, maar vergelijkbaar met de commerciële sector, en een stijging van de dagprijs naarmate de voorziening groter werd. Dit zou kunnen staan voor een hoger niveau van dienstverlening die beschikbaar is in de grotere voorzieningen.

In Vlaams Zilver (Boonen & Pacolet, red.) geeft F. Deryckere een mooi overzicht van de jaarlijkse prijsstijgingen. Begin jaren '90 waren zij meer dan 5% per jaar, maar na aftrek van de inflatie toch eerder beperkt tot 3% of minder. Nadien is de prijsstijging zelfs eerder beperkt tot enkel de indexering aan het inflatieritme. Figuur 2.1, op basis van deze cijfers, maar geactualiseerd in reële termen naar euro's van 2015, illustreert het matigende effect van de prijsevolutie op het einde van de jaren negentig. In het begin is er wel een iets sterkere prijsstijging. Wij actualiseren de cijfers verder met onze eigen berekening in 2012, en met de prijsopname van het Agentschap Zorg en Gezondheid in mei 2016 en mei 2017 (zie ook bijlage 2), telkens in prijzen van 2015. De cijfers tussen 2012 en 2016 zijn interpolaties. De cijfers voor 2012 zijn ook niet exact vergelijkbaar met de cijfers in 2016 en 2017 omdat de FOD Economie geen gewogen gemiddelden berekende.



**Figuur 2.1** Evolutie gemiddelde dagprijs in de sector van de woonzorgcentra in Vlaanderen, in reële termen (in euro van 2015)



Bron Raming van de prijsevolutie op basis van F. Deryckere, en eigen berekening op basis recente gegevens prijzen FOD Economie, prijsopnames Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Tussen 1991 en 2000 zijn de rusthuisbedden volgens de FOD met 29% duurder geworden, terwijl de inflatie maar 19% bedroeg, dus een stijging in reële termen van een 9%, wat ook is af te leiden uit bovenstaande grafiek met de prijsevolutie in reële termen. Huveneers concludeert over dezelfde periode dat de evolutie van de dagprijs ongeveer in lijn ligt met de evolutie van de index van de consumptieprijzen.

*“De toenames van de dagprijzen zijn niet sterker geweest dan die van de gemiddelde consumptieprijzen, wat wijst op een efficiënte prijscontrole (...). De toenames zijn evenmin zwakker geweest, wat er kan wijzen dat er geen sprake hoeft te zijn van ontmoediging van de privésector. Bij een zwakkere toename bestaat het risico dat de winstgevendheid of de kostendekking afneemt, hetgeen ten koste gaat van de belangstelling van investeerders.”*

Bovenstaande grafiek geeft de indruk dat de prijsstijgingen nadien iets afgezwakt zijn. In bijlage 2 geven wij deze dagprijzen in zowel lopende prijzen als in prijzen van 2015. Tussen 2000 en 2003 is er een daling in reële termen met 1%, en tussen 2003 en 2012 is er een stijging in reële termen met 9%. Tussen 2000 en 2012 zou de reële stijging een 8% zijn. Deze cijfers, in nominale of reële termen (prijzen van 2015) zijn niet perfect vergelijkbaar omdat de cijfers van de FOD economie onvoldoende rekening hielden met het aantal plaatsen. Hetzelfde zou gelden voor een verdere vergelijking van het cijfer in 2012 met de officiële nulmeting van de dagprijs in mei 2016, die wel een exacte weging hanteerde. In volgend hoofdstuk hebben wij dit desondanks vergeleken en ook in de bijlage 2 trekken wij de reeks door. Dan zou de gemiddelde dagprijs, nu wel exact gewogen in 2016, 54,55 euro bedragen of 53,40 euro in prijzen van 2015. Een nominale stijging van 12,5% over 4 jaar en van 8% in reële termen of een jaarlijkse stijging in reële termen van 1,9%. Gecumuleerd over de periode 2012-2014 is de reële prijsstijging 8%, hetzelfde percentage dat wij over de 12 jaar voordien hadden opgetekend. Een acceleratie van de stijging van de dagprijs in Vlaanderen lijkt zich te manifesteren. De cijfers voor de periode 2012-2016 kunnen vergeleken worden met de exacte prijsstijging die wij in mei 2017 kunnen opteken ten opzichte van 2016. Dit blijkt een nominale stijging te zijn van 3,2% en in reële termen een stijging van 1,3%. De acceleratie lijkt terug af te nemen, maar de stijging is nog steeds aan de hoge kant. Wanneer in de jaren negentig nog een jaarlijkse reële toename van 1% kan



genoteerd worden, en het eerste decennium van deze eeuw de prijsstijging zelfs beperkt is tot 0,6%, is dit de jongste jaren gestegen tot 1,9% en het jongste jaar, het enige jaar met een exacte meting, toch nog 1,3%. Het betreft de reële prijsstijgingen, bovenop de algemene inflatie.

Ter vergelijking geven wij ook de evolutie in de index voor ‘rusthuizen en instellingen voor andersvaliden’ die besproken worden onder punt 2.4. Als wij de evolutie berekenen voor diezelfde periode 2012-2016 is de reële jaarlijkse prijsstijging ongeveer dezelfde. Alleen voor de periode juni 2016-2017 komt men in de Belgische index maar op een stijging van 0,5%.

**Tabel 2.4      Synthese gefragmenteerde informatie over nominale en reële evolutie dagprijs in de verschillende gewesten**

	Gecumuleerde procentuele nominale prijsstijging over beschouwde periode	Gecumuleerde procentuele reële prijsstijging over beschouwde periode	Procentuele reële verandering per jaar
<i>Vlaanderen</i>			
1991-2000	29,5	9,1	1,0
2000-2003	4,4	-1,3	-0,4
2003-2012	34,7	9,0	1,0
2000-2012	40,7	7,6	0,6
2012-2016	12,5	7,9	1,9
2016-2017	3,2	1,3	1,3
<i>Wallonië</i>			
2011-2014			
Eénpersoonkamers			1,3
Tweepersoonkamers			0,2
<i>Duitstalige Gemeenschap</i>			
2009-2015			0
<i>België, index 'Rusthuizen en instellingen voor andersvaliden'</i>			
2009-2016	23,9	9,5	1,5
2012-2016	12,0	7,5	1,8
Juni 2016-juni 2017	2,2	0,5	0,5

\* De prijzen in Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap zijn niet op dezelfde manier berekend als in Vlaanderen (totale sector versus per categorie).

Bron Zie bijlage 2 en tekst prijscontrole in Wallonië en Duitstalige Gemeenschap

### 2.3 Vergelijking van de dagprijs met het gemiddeld RIZIV-forfait

De analyse van C. Huveneers vergelijkt de evolutie van de gemiddelde dagprijs met de evolutie van de RIZIV-forfaits voor respectievelijk ROB en RVT (*Huveneers, p. 44*). Deze lagen sinds midden jaren negentig in lijn met de inflatie, maar in de periode voordien waren zij wel aanzienlijk sterker gestegen, wat betekende dat de overheid een steeds betere tussenkomst voorzag.

Wij verifiëren dit in onderstaande tabel ook voor elk van de forfaits afzonderlijk (in prijzen van 2015), want ook hier geldt/gold dat de mix kan gewijzigd zijn. In die periode waren de individuele forfaits effectief sterker gestegen dan de inflatie, maar ook dan de dagprijs zelf. De wijzigende mix en de

invoering van beter gefinancierde forfaitcategorieën, maakt dat het gemiddelde forfait nog sterker stijgt en de betaalbaarheid verbeterde. In onze recente studie van de financiering van de woonzorgcentra blijkt de verdere verbetering van de RIZIV-financiering via de instellingsfinanciering en de erkenning van RVT-bedden. Het laatste impliceerde dat voor steeds meer bewoners de betere RIZIV-financiering van een RVT beschikbaar kwam. Wij brengen dit hierna verder in beeld. Daarenboven is vanaf de invoering van de instellingsfinanciering in 2004 ook een supplement van maximum 9,74% voorzien op de basisfinanciering voor de zogenaamde ‘extra zorginspanningen’. Deze extra vergoeding is opgenomen in de forfaits in onderstaande tabel en grafiek na 2003. Het veroorzaakt reeds een belangrijke stijging. Met de invoering van het instellingsforfait is de link met de individuele forfaitcategorieën minder transparant geworden. Maar de berekening van het instellingsforfait bleef gebaseerd op de bewonersmix naar zorgcategorie, de personeelsnormen daarmee verband houdend, de personeelskost hiervan en verhoogd met een aantal bijkomende componenten en finaal het supplement van 9,74% voor bijkomende zorginspanningen. Binnen het RIZIV werd dan ook nog steeds een impliciete kost per forfaitcategorie gehanteerd, die wij weergeven in onderstaande tabel en grafiek voor 2015. Wij geven ook de tarieven mee voor 2017. Deze zijn behoudens de indexering niet meer gewijzigd sinds 2015, zodanig dat zij identiek zijn in prijzen van 2015.<sup>9 10</sup> Op basis van informatie bekomen van Zorgnet-Icuro nemen wij in 2017 ook het tarief op voor de forfaitcategorie ROB D en RVT D. Enkel de categorie ROB D is in voege sinds 2013 en wij hanteren datzelfde tarief ook voor de voorgaande jaren, aangezien wij reeds gefactureerde dagen D forfait vanaf dan tegen komen (zie tabel 2.7) en dus ook moeten meenemen voor de berekening van een gewogen gemiddelde forfait. Het tarief voor 2013 is een interpolatie tussen 2003 en 2015 (in feite het gemiddelde tussen de twee waarden). De omrekening in constante prijzen van 2015 illustreert de stagnatie van deze tarieven, wat impliceert dat er geen reële verbetering meer is opgetreden maar enkel een indexering, afgezien van het feit dat een indexering ook een belangrijke garantie is dat de ontvangsten gelijke tred kunnen houden met de kosten, en dus een verbetering inhouden dan niet geïndexeerde tarieven.<sup>11</sup> In vergelijking met de situatie in het begin van de jaren 2000 moet bovenop deze forfaitfinanciering nog rekening gehouden worden met twee andere belangrijke financieringscomponenten, met name de vergoeding door het RIZIV van het zogenaamde ‘derde luik’, een gelijkschakeling van de barema’s in de woonzorgcentra met de ziekenhuizen, en de vergoeding van de kosten voor de arbeidsduurvermindering voor oudere werknemers. Volgens de MARA-studie 2012 geciteerd in Pacolet en De Coninck (2015), goed voor respectievelijk 8,46% en 2,3% van de loonkost. Voor 2017 nemen wij ook een zorgforfait D op, voorlopig enkel van toepassing voor de ROB’s, illustrerend dat tot recent er steeds betere terugbetalingsforfaits voorhanden waren. Wij hanteren datzelfde tarief ook voor de jaren 2013 tot 2017.

9 Informatie bekomen van Jurgen Claes, Agentschap Zorg en Gezondheid.

10 In Vandeurzen, J. (2017), Conceptnota, zijn p. 33 nominale cijfers voor 2017 terug te vinden. Ook deze tarieven zijn met inbegrip van het supplement van 9,74% voor de extra-zorginspanning. Herrekend naar prijzen van 2015 wijken deze tarieven niet sterk af van de cijfers die wij hanteerden in dit rapport.

11 Zie het internationaal hoofdstuk waar in Oostenrijk en Duitsland de tarieven van de langdurige zorg verzekering soms een aantal jaren niet geïndexeerd werden, en dus door de inflatie erodeerden.

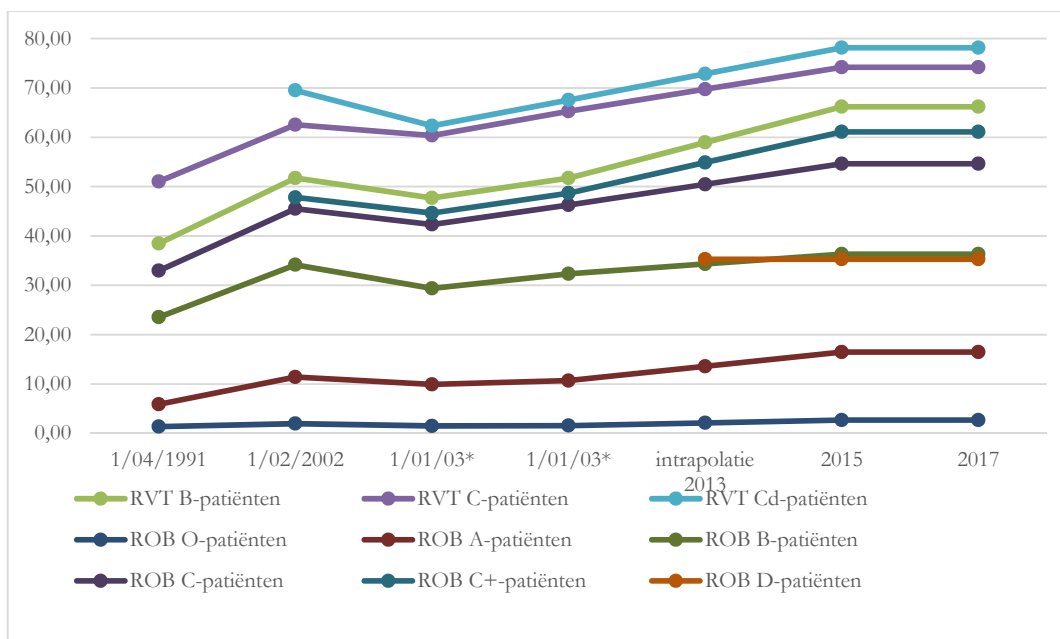
Tabel 2.5 Evolutie RIZIV-forfaits, in prijzen van 2015

Data inwerkingtreding	1/04/1991	1/02/2002	1/01/03*	1/01/03*	Intra- polatie 2013	2015	2017
<b>RVT's</b>							
O-forfait	1,96						
A-forfait	9,82						
B-forfait	38,47	51,75	47,70	51,74	58,96	66,19	66,19
C-forfait	51,05	62,55	60,36	65,28	69,74	74,19	74,19
Cd-forfait		69,52	62,33	67,56	72,85	78,15	78,15
D-forfait					64,02	64,02	64,02
<b>ROB's</b>							
O-forfait	1,38	1,97	1,51	1,58	2,14	2,70	2,70
A-forfait	5,89	11,43	9,92	10,69	13,59	16,49	16,49
B-forfait	23,55	34,16	29,39	32,33	34,33	36,33	36,33
C-forfait	32,98	45,53	42,34	46,28	50,46	54,65	54,65
C+-forfait		47,81	44,64	48,69	54,89	61,10	61,10
D-forfait					35,29	35,29	35,29

\* De hoge tarieven voor 2003 gelden voor alle privé instellingen die in die tijd een sociaal akkoord volgden, de lage tarieven golden voor de OCMW's die dat akkoord niet volgden. De tarieven vanaf 2014 zijn met inbegrip van nog een aantal bijkomende vergoedingen maar vooral de 9,74% extra vergoeding die men kan krijgen voor de extra zorginspanning. De cijfers 2013 zijn het gemiddelde van het tarief van 2003 en 2015 en zijn een interpolatie. De cijfers voor 2015 zijn constant gehouden in 2017. Alle tarieven zijn in prijzen van 2015.

Bron Pacolet en Cattaert (2004), informatie Bernadette Van Den Heuvel, Kabinet Vandeuren, Jurgen Claes Agentschap Zorg en Gezondheid en Clara Van Den Broeck, Zorgnet-Icuro

Figuur 2.2 Evolutie van de forfaitcategorieën, in euro, prijzen van 2015



\* Noot 2003: De lage prijzen gelden voor de OCMW's die een sociaal akkoord niet volgden, alle privé instellingen vallen onder het hoogste luik.

Bron Zie tabel 2.3

De evolutie van het gemiddeld RIZIV-forfait in Vlaanderen is de weging van deze individuele forfaits met het aandeel van elke forfaitcategorie in het totaal aantal woongelegenheden, plaatsen, aantal gefactureerde dagen.

In onderstaande tabellen en grafieken geven wij voor de vier gewesten en voor België het relatief aandeel gefactureerde ligdagen in 2002 en in 2016. In de bijlagen zijn nog een aantal tussenliggende jaren gegeven, alsmede de meest recente cijfers voor 2017. Deze laatste zijn evenwel nog onvolledige gegevens. Voor 2003 houden wij even een historisch verschil in beeld door twee tarieven te gebruiken, de lage prijzen gelden voor de OCMW's die een sociaal akkoord niet volgden, alle privé instellingen vallen onder het hoogste tarief en passen een sociaal akkoord wel toe, waarvoor zij ook een betere vergoeding kregen.

In tabel 2.7 en figuur 2.5 geven wij de evolutie voor Vlaanderen.

Wanneer wij voorheen reeds konden vaststellen dat de verhouding ROB/RVT tussen 2000 en 2012 gekanteld was van 2/3 ROB en 1/3 RVT in 2001 naar 1/3 ROB en 2/3 RVT in 2012, is dit op basis van onderstaande gegevens al terug minder uitgesproken. Het aandeel gefactureerde dagen ROB bedroeg in 2002 53% in de Vlaamse Gemeenschap. In 2016 was dit gedaald tot 40%.

De verhouding wijzigde recent opnieuw. In tabel 2.7 zien wij dat het aandeel van ROB-plaatsen gedaald was tot 36,4% in 2013 maar in 2016 terug oploopt tot 40% en op basis van voorlopige en partiële gegevens van 2017 zelfs tot bijna 42%. In die recente periode speelt de groei van het aantal plaatsen in Vlaanderen mee, waarbij in een aantal jaren geen nieuwe RVT-erkenningen of onvoldoende RVT-erkenningen mogelijk waren.<sup>12</sup> De twee eerste tabellen laten ook de aanzienlijke verschillen zien van Vlaanderen met de plaatsen in Brussel en in Wallonië. Enkel de Duitstalige Gemeenschap heeft zelfs iets meer erkende RVT-bedden. In Brussel blijft in 2016 het aandeel RVT-plaatsen met 43,4% het laagste, terwijl Wallonië met 49% RVT-bedden ook ruimschoots beneden het aandeel ligt van Vlaanderen.

**Tabel 2.6 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2002, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC+ FGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
ROB	68,8	51,7	71,1	52,9	64,6
0	24,6	22,8	21,9	16,8	20,0
A	15,1	14,5	16,2	14,5	15,5
B	14,1	11,2	16,6	11,8	15,2
C	7,3	2,7	9,7	5,8	8,1
Cd	7,7	0,5	6,7	4,0	5,8
RVT	31,2	48,3	28,9	47,1	35,4
B	7,1	8,2	6,2	10,2	7,0
C	7,2	10,0	6,5	8,7	7,0
Cd	16,9	30,2	16,3	28,2	21,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekeningen op basis van RIZIV-gegevens beschikbaar gesteld door het Agentschap Zorg en Gezondheid

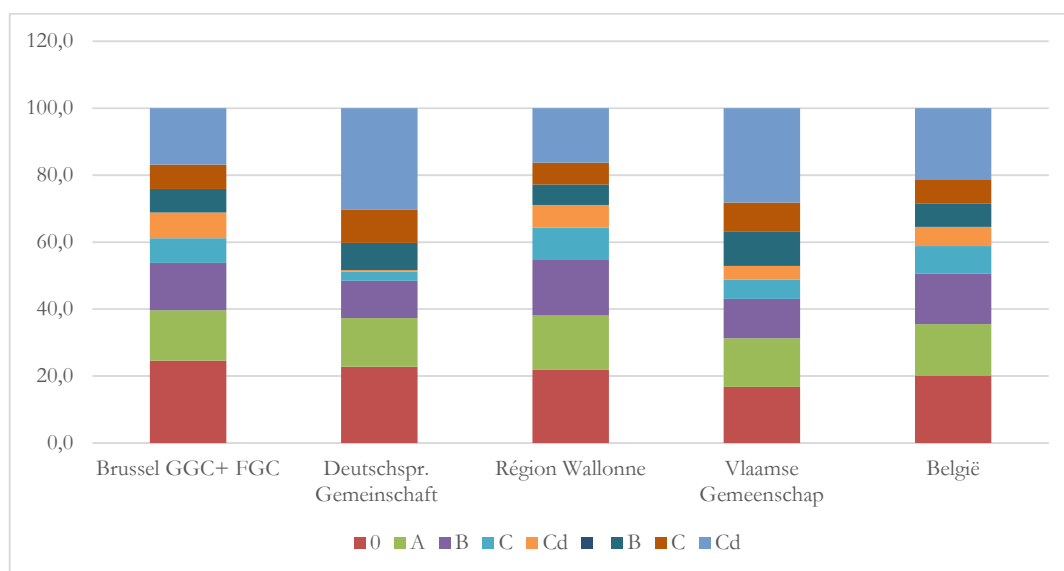
<sup>12</sup> In Vandeuren (2017, p. 42) is te zien hoe met de toename van het aantal woongelegenheden, het aantal bewoners met zorgprofiel B, C, Cd en Cc toeneemt in ROB en RVT, maar dat het aantal RVT's enkel vanaf 2016 terug stijgt.

**Tabel 2.7 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorïeën, per gewest en voor België, 2016, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
ROB	56,6	33,8	51,2	40,0	45,3
0	18,8	13,3	13,5	8,4	11,2
A	16,9	13,3	17,7	12,3	14,6
B	7,7	2,8	7,1	3,9	5,3
C	3,9	0,9	3,7	2,5	3,0
Cd	7,5	1,4	7,2	9,4	8,4
D	1,7	2,2	2,1	3,4	2,8
RVT	43,4	66,2	48,8	60,0	54,7
B	16,5	24,5	18,8	26,1	22,7
C	7,2	9,9	8,2	9,9	9,1
Cd	19,6	31,8	21,9	24,0	22,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

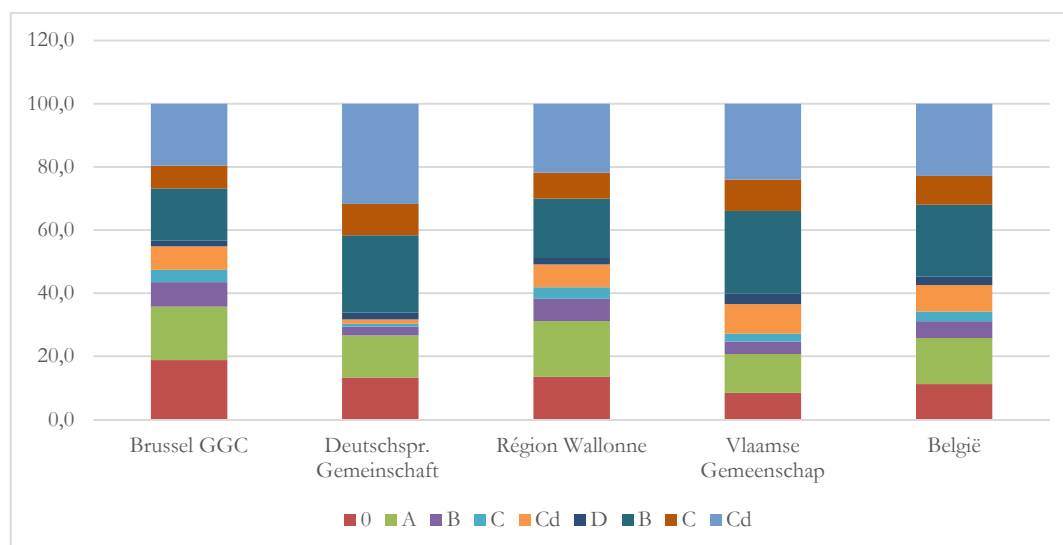
Bron Eigen berekeningen op basis van RIZIV-gegevens beschikbaar gesteld door het Agentschap Zorg en Gezondheid

**Figuur 2.3 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorïeën, per gewest en voor België, 2002, 1<sup>ste</sup> kwartaal**



Bron Zie tabel 2.5

**Figuur 2.4** Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2016, 1<sup>ste</sup> kwartaal



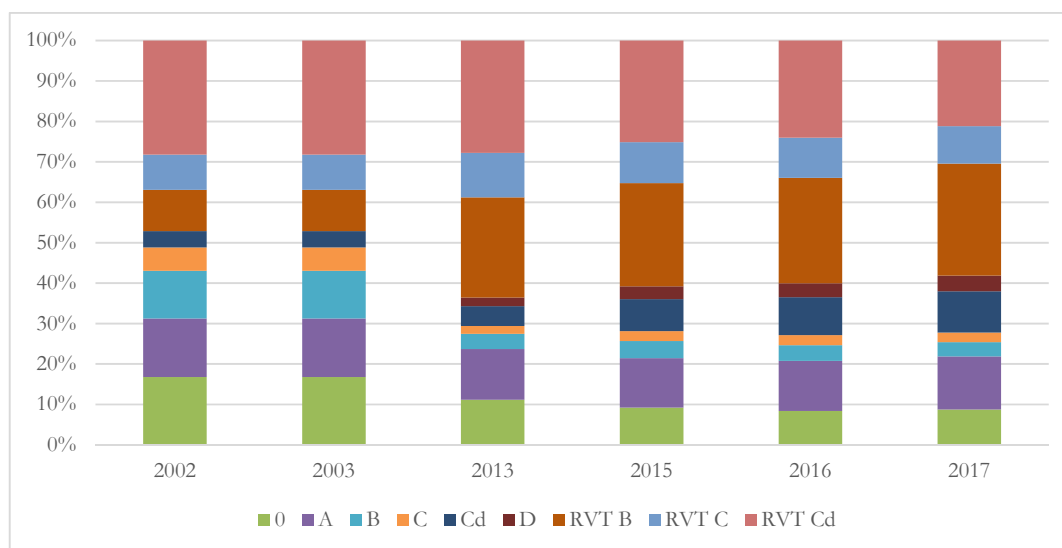
Bron Zie tabel 2.6

**Tabel 2.8** Evolutie van de RIZIV-forfaits, in aandeel gefactureerde dagen, 2002-2017, eerste kwartaal, Vlaamse Gemeenschap

	2002	2003	2013	2015	2016	2017
ROB	52,9	52,9	36,4	39,2	40,0	41,9
0	16,8	16,8	11,1	9,2	8,4	8,8
A	14,5	14,5	12,6	12,3	12,3	13,1
B	11,8	11,8	3,8	4,2	3,9	3,5
C	5,8	5,8	1,9	2,4	2,5	2,4
Cd	4,0	4,0	4,9	7,9	9,4	10,2
D			2,1	3,2	3,4	3,8
RI/T	47,1	47,1	63,6	60,8	60,0	58,1
B	10,2	10,2	24,8	25,5	26,1	27,7
C	8,7	8,7	11,0	10,2	9,9	9,3
Cd	28,2	28,2	27,8	25,1	24,0	21,2
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekeningen op basis van RIZIV-gegevens beschikbaar gesteld door het Agentschap Zorg en Gezondheid

**Figuur 2.5** Evolutie van de RIZIV-forfaits, in aandeel gefactureerde dagen, 2002-2017, eerste kwartaal, Vlaamse Gemeenschap



Bron Zie tabel 2.7

Welke invloed heeft dit op het gemiddelde forfait? In tabel 2.9 wegen wij de RIZIV-forfaits gewogen met het aandeel van elke categorie in het totaal aantal gefactureerde dagen. De gewichten verschuiven doorheen de tijd, wat de ideale prijsindicator is. De onderste lijn is de totale gewogen gemiddelde forfait die door het RIZIV vergoed wordt. Voor 1991 hanteren wij wel de gewichten van 2002, waardoor de prijsevolutie onderschat wordt omdat in 1991 het aandeel ROB-bedden nog groter is dan in 2002, en de prijs met de gewichten van 1991 nog lager zou zijn. Maar het voordeel van hier constante gewichten te gebruiken, is dat het de impact duidelijk maakt van de tariefverhogingen die tussen 1991 en 2002 aanzienlijk waren. Dit was reeds duidelijk in bovenstaande tabel 2.4 en figuur 2.2. Ook het invoeren van een speciaal tarief voor bewoners met dementie (C+ en Cd) doet de gemiddelde vergoeding stijgen. Aangezien wij geen indicatie hebben over het aandeel van C+ en Cd in 1991 verdelen wij die groep gelijk over B en C tarieven.

In tabel 2.9 berekenen wij het gemiddelde forfait in Vlaanderen. Het is aanzienlijk gestegen van 28 naar 41 euro in de periode 1991 tot 2002-2003. Ook in de periode 2003-2016 is dit verder gestegen met nog eens 15 euro, waarvan niet minder dan 5 euro tussen 2013 en 2015. De eerste toename is gesitueerd in de periode 1991-2002 en werd ook gesignaleerd door C. Huveneers als reden waarom de dagprijs zelf redelijk beperkt toenam. Sinds 2015 is het gemiddelde forfait nog licht gestegen maar met de voorlopige en partiële cijfers over het aantal dagen van 2017 daalt het gemiddeld forfait zelfs omdat het aandeel ROB-forfaits terug is toegenomen terwijl het aandeel RVT-forfaits niet gelijke tred heeft kunnen houden met de toename van het aantal plaatsen.

In tabel 2.8 is te zien hoe tussen 2013 en 2017 het aandeel ROB-dagen terug stijgt van 36,4% tot 41,9% maar daarbinnen is bijvoorbeeld het aandeel Cd wel nog aanzienlijk gestegen, met een hoger forfait, en is ook het stijgend aandeel (van 2% tot 3,8%) van de ROB D categorie zichtbaar, die ook beter vergoed wordt. Wij hanteren vanaf 2013 reeds het tarief van het D-forfait van 2017 (zie tabel 2.5).

**Tabel 2.9 Evolutie van de RIZIV-forfaits, gewogen met het aandeel in die periode in het totaal aantal gefactureerde dagen, in prijzen van 2015, Vlaanderen**

	1991	2002	2003	2003	2013	2015	2016	2017
<i>ROB's</i>								
O-forfait	0,23	0,33	0,25	0,26	0,24	0,25	0,23	0,22
A-forfait	0,85	1,66	1,44	1,55	1,71	2,02	2,03	2,14
B-forfait	2,78	4,03	3,47	3,81	1,29	1,54	1,42	1,28
C-forfait	1,90	2,63	2,45	2,67	0,96	1,33	1,37	1,29
C+-forfait	1,14	1,93	1,80	1,97	2,71	4,84	5,74	6,20
D-forfait					0,74	1,12	1,20	1,36
<i>RV/T's</i>								
B-forfait	3,93	5,28	4,87	5,28	14,61	16,88	17,27	18,27
C-forfait	4,44	5,44	5,25	5,68	7,68	7,55	7,37	6,87
Cd-forfait	12,63	19,61	17,58	19,06	20,24	19,61	18,77	16,44
Gewogen gemiddeld forfait	27,90	40,91	37,11	40,29	50,19	55,14	55,40	54,34

\* RVT Cd in 1991 is een weging van de tarieven voor RVT B en RVT C.

Bron Eigen berekeningen

In tabel 2.10 berekenen wij het gemiddelde forfait voor de andere gewesten en de Duitstalige gemeenschap. De evolutie is gelijklopend, maar het niveau is verschillend omdat de aandelen van de verschillende forfaits verschillend zijn. Nemen wij het meest recente volledige kwartaal, in 2016, dan is het gemiddeld forfait in Vlaanderen (55,4 euro) 10 euro hoger dan in Brussel, en ook ten opzichte van Wallonië blijkt het forfait 7 euro hoger te liggen. Dit is evenwel een gecombineerd effect van, cf. tabel 2.7, van een verschillend aandeel RVT-bedden maar ook een verschillend aandeel O- en A-forfaits. Zo is het aandeel van deze twee categorieën in Vlaanderen 20,7% terwijl dit in Brussel 35% is. Het impliceert overigens dat ouderen in Brussel ook sneller naar een residentiële voorziening gaan, met een lagere graad van hulpbehoefendheid. Maar tegelijk zal de voorziening die hen opvangt, verhoudingsgewijs een lager RIZIV-forfait ontvangen, waarvan wij in Pacolet en De Coninck (2015) stelden dat ook voor de O- en A-forfaits een onderfinanciering aan de orde is, die misschien zelfs belangrijker is dan de onderfinanciering door het niet erkennen van RVT's.

In tabel 2.10 en figuur 2.6 vergelijken wij de evolutie van het RIZIV-forfait in Vlaanderen met de gemiddelde dagprijs waarover wij informatie hebben in diezelfde periode. Wij trekken de informatie gebaseerd op de dagprijsgegevens van de FOD Economie door tot de metingen van de dagprijs in mei 2016 en mei 2017 door het Agentschap Zorg en Gezondheid. Voor de periode 1991 tot 2013 zien wij een stijging van de dagprijs die minder groot is dan de toename van het gemiddeld RIZIV-forfait. De RIZIV-forfaits hebben een steeds grotere rol gekregen in de financiering van de totale kostprijs van de woonzorgcentra. Vanaf 2015 stijgt het gemiddelde RIZIV-forfait, na de 6<sup>de</sup> staatshervorming overigens de financiering van de Vlaamse overheid, niet meer omdat de tarieven niet meer wijzigen behoudens de indexering, en ook omdat er terug meer bewoners zijn met een ROB-forfait. De grafiek illustreert ook hoe doorheen de voorbije kwarteeuw de verhouding tussen publieke financiering en de dagprijs aanzienlijk is gewijzigd, waarbij de jongste jaren de publieke financiering zelfs belangrijker wordt dan de dagprijs.<sup>13</sup> De gemiddelde publieke financiering via het RIZIV-forfait dat thans wordt toegekend via de Vlaamse sociale bescherming wordt geraamd, in prijzen van 2015, op 54,4 euro per dag in 2016; de gemiddelde dagprijs voor de bewoner is in 2017 54,11 euro. In prijzen van 2017 zou dit respectievelijk 57,6 en 56,52 euro per dag bedragen.

In figuur 2.7 vergelijken wij de evolutie van het gewogen gemiddeld RIZIV-forfaits voor de vier regio's en voor België. Dit is gelijklopend maar op een verschillend niveau, in functie van de

<sup>13</sup> Naast het 'RIZIV-forfait' zijn er nog een aantal andere bijkomende publieke financieringsbronnen. Zie 2.2.



bewonersmix die verschilt tussen de regio's. Vlaanderen en de Duitstalige Gemeenschap hebben het hoogste forfait, Brussel het laagste. De kloof met het Brusselse Gewest wordt zelfs groter omdat in Brussel het aandeel ROB-dagen minder snel daalt, vooral dan de O- en A-forfaits. Het blijft bevestigen dat de grotere graad van institutionalisering, met dus een opname met een lagere hulpbehoefte, blijft voortduren (zie ook bijlage 1).

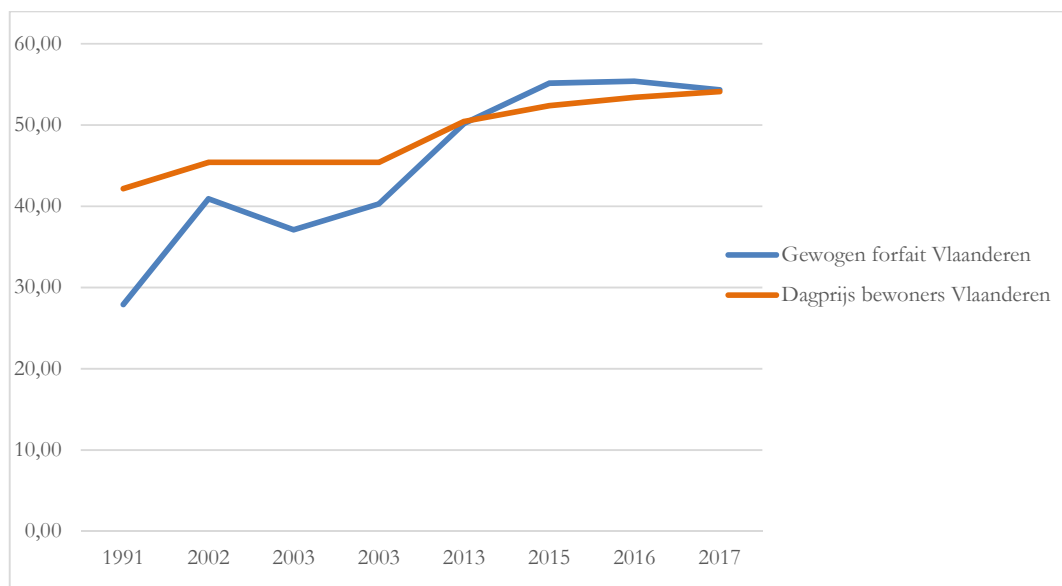
In figuur 2.8 berekenden wij per individuele instelling het gemiddeld gewogen RIZIV-forfait, waarbij de RIZIV-forfaits van 2015 worden gewogen met het aandeel van het aantal gefactureerde ligdagen per categorie in het totaal aantal gefactureerde dagen per instelling. Wij zien de grote verschillen in RIZIV-forfait vooral bij de kleine instellingen. In punt 5.2 bespreken wij het verband tussen dit gemiddeld RIZIV-forfait en de dagprijs.

**Tabel 2.10 Evolutie gemiddeld RIZIV-zorgforfait in de gewesten en in België, vergeleken met de dagprijs bewoners Vlaanderen, 1991-2017, in prijzen van 2015**

	1991	2002	2003	2003	2013	2015	Mei 2016	Mei 2017
Gewogen forfait Vlaanderen	27,90	40,91	37,11	40,29	50,19	55,14	55,40	54,34
Gewogen forfait Wallonië	23,22	34,13	31,91	34,68	42,39	48,37	48,58	48,90
Gewogen forfait Brussel	23,11	33,96	31,79	34,54	40,06	44,68	45,08	45,32
Gewogen forfait Duitstalige Gemeenschap	26,58	38,85	37,75	40,92	48,71	53,67	54,04	53,75
Gewogen forfait België	24,92	36,70	34,67	37,66	46,40	51,76	52,07	51,63
Dagprijs bewoners Vlaanderen	42,17	45,39	45,39	45,39	50,44	52,39	53,40	54,11

Bron Eigen berekeningen en bijlage 2.

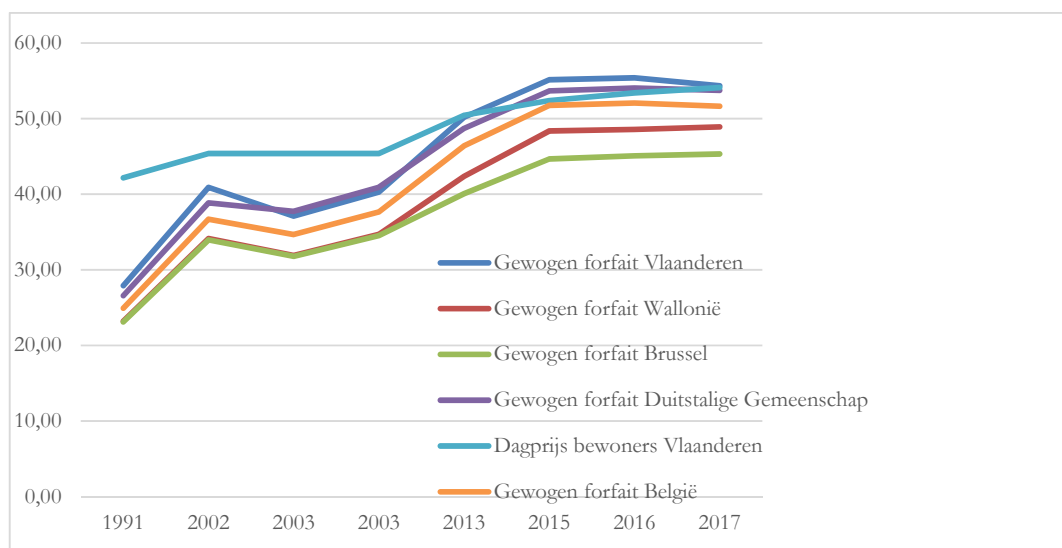
**Figuur 2.6 Evolutie gemiddeld RIZIV-zorgforfait voor Vlaanderen in vergelijking met dagprijs bewoners Vlaanderen, 1991-2017, in prijzen van 2015**



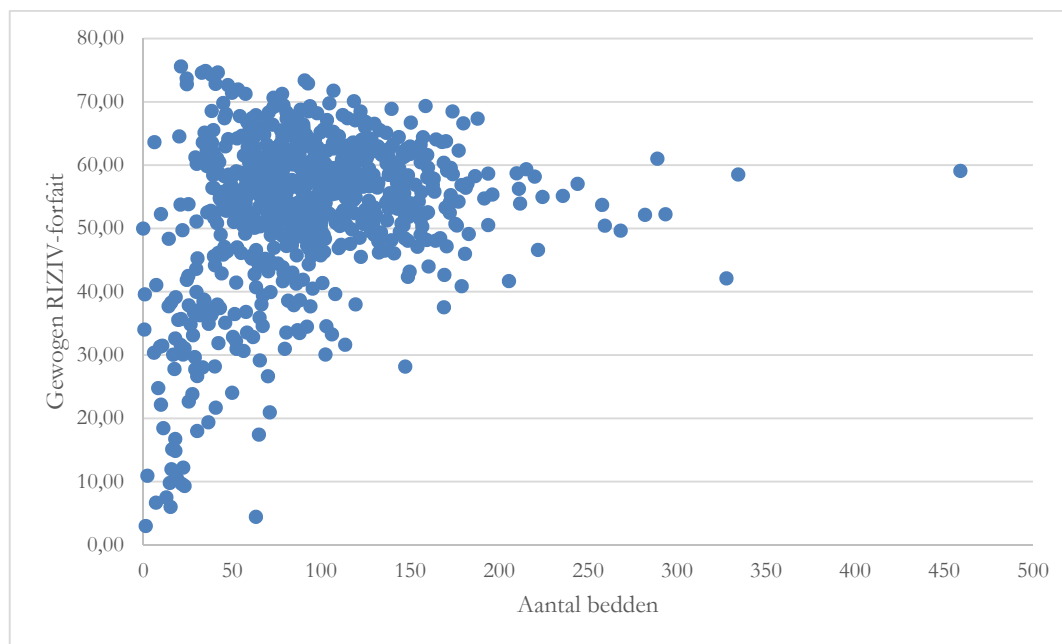
\* Cijfers van het RIZIV-forfait 2017 zijn wel gebaseerd op voorlopige en onvolledige gegevens; verschillende cijfers voor het RIZIV-forfait in 2003 verwijzen naar lage forfaits die gelden voor de OCMW's die een sociaal akkoord niet volgden, alle privé instellingen vallen onder het hoogste forfait. Niet alle tussenliggende jaren zijn weergegeven in de grafiek. Wat de dagprijs bewoners betreft zijn de prijzen tot en met 2015 niet perfect vergelijkbaar met de prijzen van 2016 en 2017.

Bron Zie tabel 2.9

**Figuur 2.7** Evolutie gemiddeld RIZIV-zorgforfait in de gewesten en in België, vergeleken met de dagprijs bewoners Vlaanderen, 1991-2017, in prijzen van 2015



**Figuur 2.8** Berekend gewogen gemiddeld RIZIV-forfait voor de woonzorgcentra in Vlaanderen, 2015



## 2.4 De evolutie van de dagprijs in de consumptieprijsindex in België

Wij gaan niet in op de impact van de prijscontrole op het algemeen prijsniveau, omdat inflatie op dit ogenblik niet een belangrijk probleem vormt, maar ook omdat de prijscontrole aanzienlijk is terugschroefd. Het aantal producten/diensten waarvoor een prijscontrole van toepassing is, is een beperkt deel van de totale korf van de index van consumptieprijzen (of de gezondheidsindex). Wij bekijken hierna wel de plaats die de woonzorgcentra innemen in de korf van de producten en diensten, die de

index van de consumptieprijzen uitmaakt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de NCPI (Nationale Consumptie prijsindex) en de (Europees) geharmoniseerde consumptieprijsindex (HICP).<sup>14</sup>

Wat de NCPI betreft is bij de jongste herschikkingen in deze korf van producten en diensten ook de sector van de woonzorgcentra opgenomen vanaf 2009. Vanaf dan kunnen wij ook de evolutie van deze dienst vergelijken met de overige prijsindexen. De verschillende producten/diensten die men opneemt noemt men 'getuigen' van de prijsevolutie. In totaal zijn er (situatie 2010) 518 'getuigen', producten of diensten waarvan de prijsevolutie wordt genoteerd. In de tabel met de gewichten van elke van deze getuigen in de korf van 2016 kunnen wij lezen dat een aantal gezondheidsdiensten en producten goed zijn voor 37,11 promille waarvan 18,73 promille voor geneesmiddelen, apparaten en materialen. Onder de rubriek 'Sociale bescherming' vinden wij vanaf 2009 de rubriek 'rusthuizen en instellingen voor andersvaliden' voor 1,08 promille (Statbel, Gewichten index consumptieprijzen).<sup>15</sup> In 2017 is het opnieuw 1,08 promille. Het zou interessant zijn om de herkomst van dit cijfer te onderzoeken, want het lijkt wel aan de lage kant, wetende dat ongeveer 1% van de bevolking in een woonzorgcentrum verblijft, en het gros van haar/zijn consumptie terugvalt op de dagprijs in de woonzorgcentra. Hun consumptie is uiteraard meer dan 1 promille van de totale consumptie.<sup>16</sup> Onder dezelfde rubriek vinden wij ook de gezins- en bejaardenzorg aan huis terug, voor een gewicht van 0,5 promille. In 2010 was de rubriek 'rusthuizen' voor de eerste keer opgenomen, en was het gewicht nog 2,38 promille. Voordien was onder de rubriek sociale bescherming enkel de peuterscholen opgenomen voor een gewicht van 4,75 promille. Wanneer in 2010 de rubriek 'rusthuizen' wordt opgenomen, wordt de weging van peuterscholen gehalveerd tot 2,37 en komen de rusthuizen voor 2,38 promille erbij, samen 4,75 promille! Maar ondertussen is dat gewicht van de rusthuizen opnieuw kleiner geworden.

Op basis van de deelindex van de consumptieprijsindex NCPI blijkt ook dat de jongste jaren een snellere prijsverhoging is opgetreden voor de sector van de woonzorgcentra. Het is echter pas vanaf 2010 dat de dagprijs van het woonzorgcentrum is opgenomen in de index. De dagprijs is gestegen met bijna een kwart, wat bijna het dubbele is van het algemeen prijsniveau. Omgekeerd aan de vaststelling voor de jaren negentig, waar de dagprijs redelijk stabiel bleef in reële termen, omdat er een betere financiering was, zouden wij nu kunnen concluderen dat ondanks de verdere verbeterde financiering, de dagprijs relatief sterker is beginnen te stijgen. Tussen 2010 en 2016 steeg de index van 'rusthuizen en instellingen voor andersvaliden' met 23,9% in nominale termen en 9,5% in reële termen, wat neerkomt op een jaarlijkse toename van 1,5%. Van juni 2016 tot juni 2017 was de nominale stijging 2,2% en de reële toename 0,5%. Let wel, de 'getuige' index rusthuizen betreft hier de situatie in België en tevens wordt gesproken van 'rusthuizen en instellingen voor andersvaliden'.<sup>17</sup> Het is een deelcomponent van de categorie 'sociale bescherming', waar ook nog een index voor kinderopvangvoorzieningen en de jongste jaren ook de thuiszorg is voorzien.

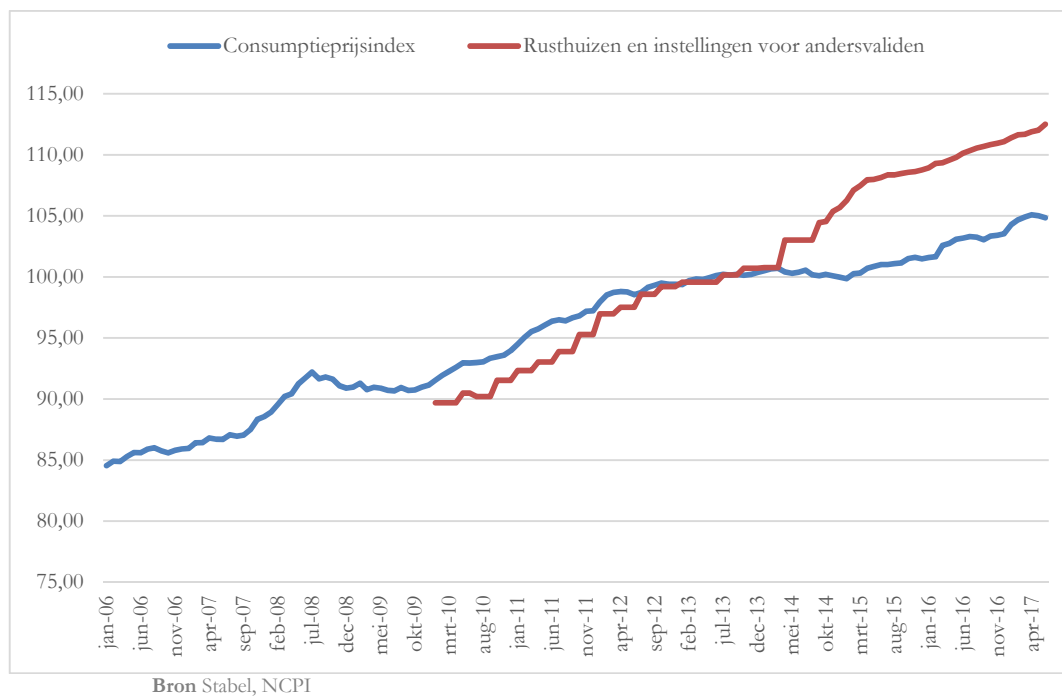
14 HICP: harmonized index of consumer prices; NCPI: national consumer price index.

15 Het is niet onlogisch dat het product/dienst hier 'rusthuizen en instellingen voor andersvaliden' wordt genoemd. Het betreft immers een internationale classificatie waar beide voorzieningen voorkomen als een onderdeel van residentiële langdurige zorg.

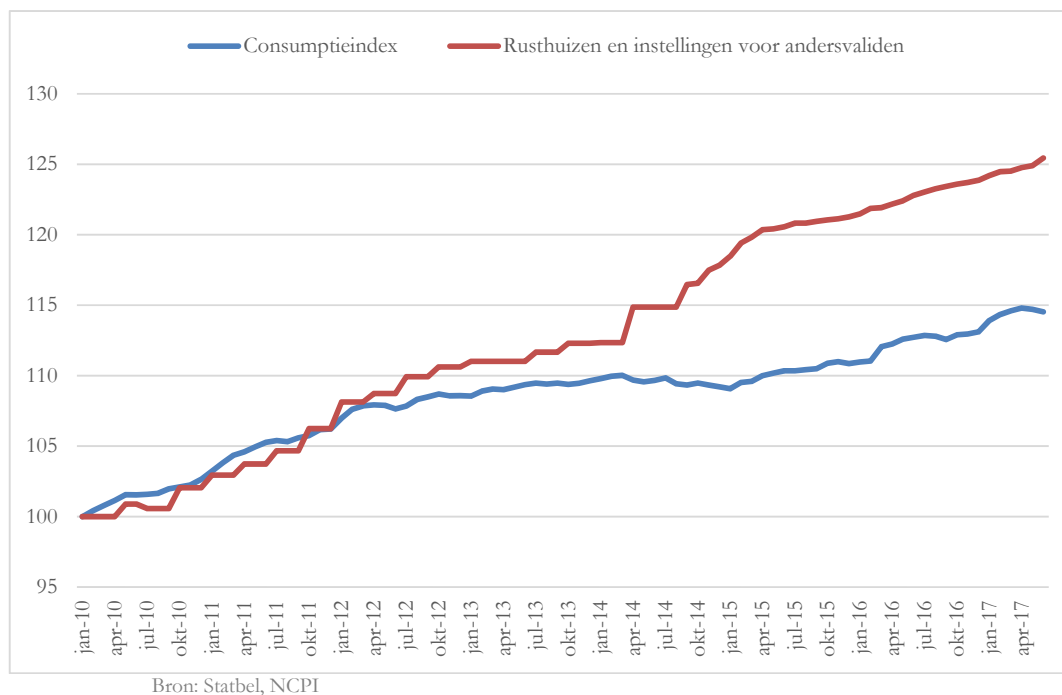
16 De private consumptie is iets meer dan 50% van het BBP of ongeveer 200 miljard euro. De boven geciteerde omzet aan dagprijzen die wij raamden op 2,5 miljard euro komt daarmee in de buurt van 1% van het BBP wat in overeenstemming zou zijn met het aandeel van de bewoners in de totale bevolking.

17 'Getuige' is de term die men hanteert voor de individuele producten en diensten die zijn opgenomen in de 'korf' van de consumptieprijsindex, en die de prijsevolutie voor het individuele item weergeeft.

**Figuur 2.9** Vergelijking evolutie dagprijs woonzorgcentrum met algemene prijsindex en index gezondheidszorg, België, 2006-2017 (2013=100)



**Figuur 2.10** Vergelijking evolutie dagprijs woonzorgcentrum met algemene prijsindex en index gezondheidszorg, België, 2010-2017 (januari 2010=100)



Het Prijzenobservatorium wijdt in zijn jongste jaarverslag (2016) een groot deel aan de diensten-inflatie, met name omdat er een toegenomen discrepantie was opgetreden tussen de inflatie in België in vergelijking met de voornaamste buurlanden, lees handelspartners. De gemiddelde inflatie in de

periode 2008-2016 was in België opgelopen tot 1,5% tegenover 1,1% in de buurlanden of een gecumuleerd verschil van 3,6% waarvan de helft toe te schrijven was aan de inflatie van de diensten. Een deel daarvan was toe te schrijven aan zogenaamde ‘administered prices’ of prijzen waarbij de overheid op één of andere manier ingrijpt. Twee categorieën van geadministreerde of geregleerde prijzen voor diensten werden onderscheiden, met name prijzen die door één of andere overheid (federaal, regionaal) worden bepaald, bijvoorbeeld geneeskundige prestaties, personenvervoer, postdiensten, onderwijs, maar ook sociale bescherming. Een tweede vorm van regulering zijn diensten waarvan de prijzen geïndexeerd worden. Volgens Eurostat, dat Europees een overzicht geeft van de geregleerde prijzen, zou 28% van de diensten tot de eerste categorie van regulering behoren, en 24% tot de tweede categorie (Prijzenobservatorium, 2016, p. 26). Hieruit blijkt dat overheidsregeling van de prijzen nog steeds niet een zo uitzonderlijk fenomeen is. Zelfs al is het een ‘relict’ van regelgeving die in België al dateert van juist na WO II, is zij nog steeds actueel. De categorie ‘sociale bescherming’ waaronder de woonzorgcentra ressorteren, is overigens ook in de beschouwde buurlanden Frankrijk, Nederland en Duitsland als een ‘geadministreerde prijs’ gecategoriseerd (Ibidem, p. 121).

De dienstenkorf maakt 42% uit van de totale indexkorf, en hiervan zouden de ‘geadministreerde diensten’ 28,3% uitmaken, waarvan 5,3% de ‘sociale bescherming’ (zie tabel 2.11). Van deze korf bestaat volgens het Prijzenobservatorium in 2016 voor 69% uit de rusthuizen, de peuterspeelplaatsen maken 28% uit en de thuiszorgdiensten 3%. Gecombineerd zouden de woonzorgcentra (en voorzieningen voor gehandicapten) daarmee 1,5% uitmaken van de totale korf van de index van consumptieprijzen, waarmee het percentage aardig in de buurt komt van bijvoorbeeld het aandeel van de bevolking dat in deze voorzieningen verblijft ten opzichte van de totale bevolking. Dit zou overigens logisch zijn, aangezien dat het gewicht zou moeten zijn van de private consumptie van deze groep in de totale consumptie. Voor Vlaanderen is het aantal bewoners van woonzorgcentra ongeveer 1,2% van de totale bevolking.

In de HICP hebben de woonzorgcentra (en instellingen voor andersvaliden) een ander gewicht dan in de NCPI.

**Tabel 2.11 Aandeel van de rusthuizen en de sociale bescherming in de totale korf van de index van consumptieprijzen, België en vergelijking met aandeel personen in woonzorgcentra in totale bevolking, Vlaanderen**

	Als % van sociale bescherming-korf	Als % van dienstenkorf	Als % van totale korf
Aandeel diensten in totale indexkorf			42,0
Geadministreerde diensten		28,3	11,9
Waarvan sociale bescherming		5,3	2,2
Aandeel rusthuizen in sociale bescherming	69	3,7	1,5
Personen in Vlaanderen in woonzorgcentra 2017	78 618		
Bevolking Vlaanderen 2017	6 509 894		
% bewoners woonzorgcentra t.o.v. totale bevolking			1,2

\* In 2017 is het aandeel ‘Rusthuizen en instellingen voor andersvaliden’ nog steeds 1,5% van de totale korf. Statbel, Geharmoniseerde index van de consumptieprijzen, Gewichten.

Bron Prijzenobservatorium, Jaarverslag 2016, Vandeuren (2017, p. 13), Conceptnota en eigen berekeningen

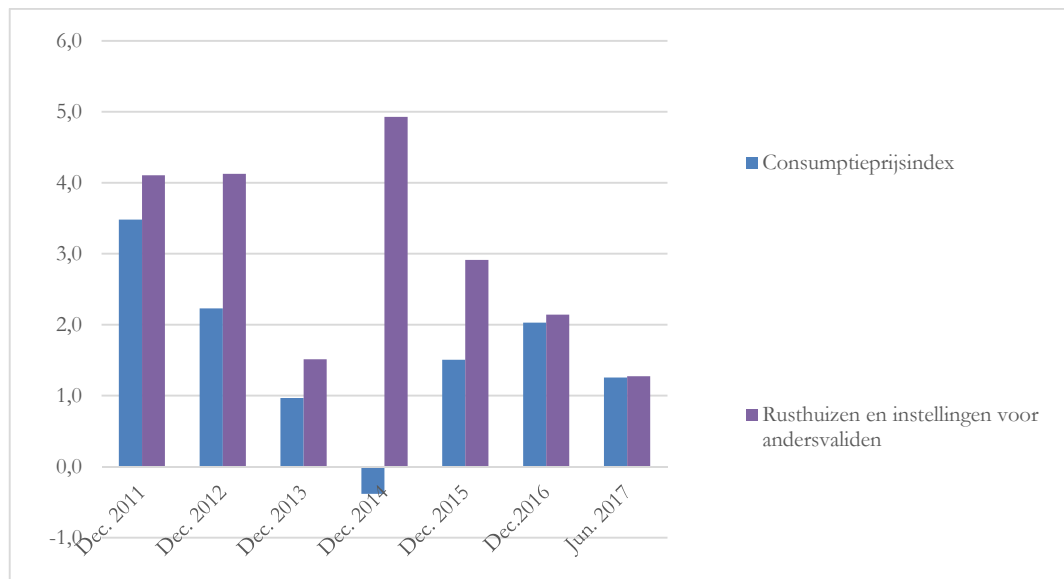
Het Prijzenobservatorium onderzocht voor een aantal diensten in welke mate de prijsrevolutie in deze diensten de algemene prijsinflatie heeft versterkt, en wat daarvan toe te schrijven zou kunnen zijn aan het beleid. Ook de sector van de woonzorgcentra kwam in het vizier: ‘Ook de categorie sociale bescherming leverde, vooral door de prijsrevolutie van de rusthuizen, een aanzienlijke bijdrage aan de diensteninflatie, maar de prijsaanpassingen in deze categorie werden louter goedgekeurd en niet rechtstreeks bepaald of beïnvloed door de overheid’ (Ibidem, p. 5). Ook de indexering die bijvoorbeeld

standaard zijn voorzien voor een aantal overheidsdiensten, en bijvoorbeeld ook in de gezondheidszorg aan bod komen bij de vaststelling van de honoraria, werd kritisch bekeken omdat zij zou kunnen leiden tot ‘inflatiepersistentie’ en gekoppeld met de loonindexering de loon-prijsspiraal verder zou kunnen voeden. Het jaarverslag signaleert dus het probleem van de diensteninflatie in het algemeen, en daarbinnen van een aantal beslissingen van de overheid, bijvoorbeeld om het inschrijvingsgeld in het hoger onderwijs te verhogen, die de diensteninflatie kunnen verhogen. Wat de rusthuizen betreft, wordt zowel het aspect van de indexering als van de overige prijscontrole aangeraakt: ‘Wanneer een woonzorgcentrum de tarieven indexeert, moet dat worden meegedeeld aan de gewestelijke overheid, maar haar goedkeuring is niet vereist. Andere prijsaanpassingen bovenop de index zijn ook mogelijk, maar moeten wel door de gewestelijke autoriteit worden goedgekeurd’ (Ibidem, p. 34). Het illustreert hoe de prijscontrole in de sector van de woonzorgcentra toch minder het relict is van het verleden, maar eerder een voorbeeld van een praktijk die op federaal niveau nog bestaat voor een aantal gezondheidsproducten, terwijl er nog andere vormen van regulering van de prijzen zijn.

De aandacht voor de diensteninflatie wordt recent nog eens bevestigd in het Economisch Tijdschrift van de Nationale Bank van België waar men ook wijst op het relatief belang van de rubriek sociale bescherming, waaronder de sector van de woonzorgcentra ressorteert. De hier besproken aandelen in de totale korf van de consumptieprijsindex slaat wel op de Europees geharmoniseerde index van de prijzen, de HICP, waar de aandelen van elke rubriek of ‘geruige’ gebaseerd is op het aandeel volgens de nationale rekeningen. Voor de indexering van lonen en uitkeringen gebruikt men de gezondheidsindex die op zijn beurt gebaseerd is op de nationale prijsindex, de zogenaamde NCPI. Hier hanteert men als gewicht de aandelen in het private consumptiebudget. Daar komen de prijzen van personen die verblijven in de collectieve huishoudens niet in voor, wat op de keper beschouwt niet logisch is. Het is alsof men de oplopende kosten van deze 1,3% van de bevolking niet moet meetellen (zie boven).

In figuur 2.11 vergelijken wij de jaarlijkse prijsstijging (december t.o.v. december in het jaar voordien) voor de ‘getuige’ ‘rusthuizen en instellingen voor andersvaliden’ met de algemene consumptieprijsen. De prijs van een woonzorgcentrum is bijna steeds sneller aan het stijgen dan de totale consumptieprijsindex, met een uitschieter in 2014. In 2016 lijkt de prijsstijging voor de rusthuizen gelijk te zijn met de algemene inflatie, wat ook het geval is voor de prijsstijging in de eerste jaarhelft van 2017. De acceleratie in de prijsstijging die wij hier, voor België overigens, observeren lijkt terug getemperd te zijn vanaf 2016. De cijfers bevestigen hoe deze op één of andere manier ‘geadministreerde’ prijs ook een bijdrage kan leveren aan de algemene inflatie, maar zijn eerste impact betreft uiteraard de direct betrokkenen zelf. Gecumuleerd over de jongste zes jaar zijn de rusthuizen (en instellingen voor andersvaliden) voor België 10% duurder geworden ten opzichte van het algemeen prijsniveau. Het is een reële prijsstijging die in de jaren negentig en 2000 slechts optrad na 10 jaar. Het bevestigt het beeld dat wij boven schetsten voor de evolutie van de dagprijs in Vlaanderen, met enerzijds een acceleratie van de prijsstijging, die anderzijds het jongste jaar getemperd wordt. Maar terwijl in onderstaande grafiek de prijzen in de rusthuizen (en instellingen voor andersvaliden) gelijke tred houden met het algemeen prijsniveau, is voor Vlaanderen tussen mei 2016 en mei 2017 de dagprijs reël toch nog met 1,3% gestegen, dus bovenop de algemene prijsevolutie (zie boven).

**Figuur 2.11**    **Vergelijking jaarlijkse prijsstijging van de woonzorgcentra met de algemene consumptieprijs-index, België, 2011 -2017**



\* Prijsstijging jaar op jaar, december van het betrokken jaar; juni 2017 prijsstijging over half jaar.

Bron Eigen berekeningen op basis van de indexcijfers, Belstat, NCPI.

### 3 | Organisatie van de prijscontrole in Vlaanderen en in vergelijking met de andere gewesten

In dit hoofdstuk lichten wij de nieuwe regelgeving en organisatie van de prijscontrole toe in Vlaanderen. Tevens worden twee andere domeinen van regelgeving toegelicht die een onmiddellijke impact hebben op de prijsvorming, met name de nieuwe regeling voor de subsidie van de infrastructuur van de voorzieningen en de regelgeving omtrent de definitie van de dagprijs en de supplementen, en de noodzaak om daarin transparant te zijn. Tenslotte wordt ook kort ingegaan op de wijze dat de vooreen federale prijscontrole ook geïmplementeerd is in de andere gewesten en de Duitstalige Gemeenschap.

#### 3.1 Vlaamse Regeling prijscontrole

Woonzorgvoorzieningen, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra (inclusief CADO)<sup>18</sup> en assistentiewoningen kunnen de prijs voor hun dienstverlening (de dagprijs en de supplementen) op verschillende manieren aanpassen: (1) jaarlijks indexeren, (2) de prijs van een bestaande dienstverlening verhogen of verlagen, (3) de prijs zetten voor een nieuwe dienst of een nieuw product. Sinds 10 december 2014 is het niet langer de dienst Prijzen van de Federale Overheidsdienst Economie die verantwoordelijk is voor de behandeling van de dossiers, maar het Agentschap Zorg en Gezondheid. De principes en de praktijk van de huidige prijscontrole bouwt voort op de principes van het Ministerieel besluit van 12 augustus 2005 houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaardenopvang.

De prijscontrole is van toepassing op de woonzorgcentra, de rust- en verzorgingstehuizen, centra voor dagopvang, centra voor nachtopvang, de centra voor kortverblijf voor bejaarden en de service-flatgebouwen.

De Vlaamse overheid besliste uiteindelijk om de bevoegdheid van het prijzenbeleid op te nemen binnen het beleidsdomein WVG, in het kader van ook de homogenisering van het ouderenbeleid dat inhoudt dat naast de erkenningsvoorwaarden, -normen, programmatie, de RIZIV-instellingsfinanciering, ook de prijsbepaling wordt overgedragen. De prijsaangiften moeten ingediend worden bij het Agentschap Zorg en Gezondheid die hiertoe een transparante regelgeving heeft uitgewerkt, gestandaardiseerde formulieren heeft voorzien en de administratieve procedures in belangrijke mate ook geïnformatiseerd.

De verschillende vormen van prijsbepaling worden vervolgens toegelicht.

##### 3.1.1 Jaarlijks indexeren van de dagprijs

Woonzorgvoorzieningen kunnen één keer per jaar de prijzen van hun kamer- en opvangtypes indexeren. Hoeveel de prijs kan worden verhoogd, is afhankelijk van de index van het desbetreffende jaar.

Een prijsverhoging naar aanleiding van de indexering, vereist geen goedkeuring. Vooraleer de prijsverhoging wordt doorgevoerd, moet deze wel worden meegedeeld aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Dit door gebruik te maken van het e-loket (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015).

---

<sup>18</sup> CADO: Collectieve Algemene Dagopvang



### 3.1.2 De prijs verhogen of verlagen van een bestaande dienstverlening

#### 3.1.2.1 Prijsverhoging

Een woonzorgvoorziening kan de bestaande prijs voor een kamer, supplement of dienst verhogen. De prijsverhoging kan echter niet zonder meer worden doorgevoerd. Het verhogen van de prijs kan enkel na goedkeuring van de minister.

Een gewenste prijsverhoging moet altijd worden verantwoord aan de hand van een kost. De aard van de verantwoorde kost is bepalend voor het type formulier dat moet worden gebruikt om de aanvraag in te dienen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee type kosten op basis waarvan een prijsverhoging kan worden doorgevoerd.

Ten eerste zijn er de *prijsverhogingen naar aanleiding van infrastructuurinvesteringen*. Om een aanvraag naar aanleiding hiervan in te dienen, moet *formulier A* worden ingevuld. Ten tweede zijn er kosten verbonden aan *andere soorten investeringen* (bv. de aankoop van meubilair, ICT, etc.), structureel bedrijfsverlies of extra diensten die in de dagprijs worden inbegrepen (bv. de opname van een bestaand supplement in de dagprijs). De *formulieren B-E* moeten hiervoor worden gebruikt. Voor beide prijsverhogingsaanvragen moet de administratie binnen 60 dagen een beslissing nemen. In een eerste beschrijving van de resultaten van de prijsverhogingsaanvragen noemen wij de eerste aanvragen *dossiers A60*, en de tweede reeks *dossiers BE*.

De keuze voor een bepaald type kost (formulier) is niet zonder gevolgen. Vanaf de keuze voor een specifieke kost (formulier) begint een periode van twee jaar waarin een mogelijke toekomstige aanvraag tot prijsverhoging enkel voor hetzelfde type kost (formulier) kan worden gedaan. Pas wanneer de twee jaren zijn verstreken, kan opnieuw een aanvraag worden ingediend voor een andere kostensoort (formulier).

Tussen de ontvangstdatum van twee aanvragen, moet minimaal 365 dagen zitten.

Opdat een prijsverhoging wordt goedgekeurd, wordt nagegaan of deze aan de vooropgestelde begrenzings voldoet. Er gelden begrenzings op (1) de gemiddelde prijsverhoging en (2) de prijsverhoging per kamertype. Met de gemiddelde prijsverhoging wordt verwezen naar het verschil tussen de gemiddelde gewenste prijzen van de kamertypes en de gemiddelde huidige prijzen.

De berekening van de begrenzing op de gemiddelde prijsverhoging en de prijsverhoging per kamertype is afhankelijk van het type kosten (formulier). Hieronder wordt per type kost uitgelegd hoe de begrenzing wordt bepaald (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015).

##### a) Begrenzing: formulier A

De gemiddelde prijsverhoging moet worden verantwoord. Voor de prijsverhoging per kamertype geldt er een beperking vanaf een bepaald grensbedrag. Voor woonzorgcentra is 50 euro als grensbedrag vooropgesteld. Een prijsstijging boven het grensbedrag wordt beperkt tot 15% van het grensbedrag. In het geval de huidige prijs lager ligt dan het grensbedrag, kan de prijs stijgen tot 15% boven het grensbedrag. Als de huidige prijs hoger is dan het grensbedrag, is de prijsstijging beperkt tot 15% van de huidige prijs. De beperking is niet van toepassing op nieuwe bewoners.

Indien de prijsverhoging meer dan 5 euro bedraagt, moet de prijsverhoging gefaseerd worden doorgevoerd. Dit houdt in dat de totale prijsverhoging in meerdere delen moet worden ingevoerd. Telkens met een maximum bedrag van 5 euro. Bovendien moet een intervalperiode van een half jaar worden gerespecteerd. De gefaseerde invoering van de prijsverhoging is niet van toepassing op nieuwe bewoners (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015).

Schematisch weergegeven:

**Tabel 3.1 Begrenzing gemiddelde prijsverhoging en prijsverhoging per kamertype**

Woonzorgcentra	Huidige dagprijs ≤50 euro	Huidige dagprijs >50 euro
Huidige bewoners	De prijsstijging is: - onbeperkt tot 50 euro - moet worden verantwoord - gefaseerde invoering	De prijsstijging is: - beperkt tot 15% per kamertype - moet worden verantwoord - gefaseerde invoering
Nieuwe bewoners	De prijsstijging is: - onbeperkt - moet worden verantwoord - geen gefaseerde invoering	De prijsstijging is: - onbeperkt - moet worden verantwoord - geen gefaseerde invoering

Bron Agentschap Zorg en Gezondheid (2015)

De bovenstaande regels worden geïllustreerd aan de hand van een cijfervoorbeeld:

**Tabel 3.2 Cijfervoorbeeld begrenzing en goedkeuring prijsverhogingen onder formulier A (in euro)**

Kamertype	Huidige prijs	Gewenste prijs	Prijsverhoging	Goedgekeurde prijsverhoging	Goedgekeurde prijs
Kamertype A	36	50	14 (39%)	50<57,50	50
Kamertype B	41	55	14 (34%)	55<57,50	55
Kamertype C	52	62,57	+10,57 (20%)	52*1.15	59,80
Gewogen gemiddelde	47	59	+12 (25,53%)	/	/

Bron Agentschap Zorg en Gezondheid (2015)

Voor een eerste aanvraag tot prijsstijging verantwoordt een woonzorgcentra een gemiddelde prijsstijging met 12 euro (59-47 euro). Voor wat betreft de prijsverhoging per kamertype is er geen beperking van toepassing voor de nieuwe bewoners. De gewenste prijzen kunnen worden ingevoerd. Een nieuwe bewoner die een kamer type A wil, zal dus 50 euro betalen.

Voor de huidige bewoners geldt er een beperking tot 15% per kamertype, te rekenen vanaf het grensbedrag van 50 euro. De maximale prijs die per kamertype kan worden gevraagd is 57,50 euro (50 euro\*1,15 = 57,50 euro). De gewenste prijzen voor kamertypes A en B kunnen worden goedgekeurd (50 euro en 55 euro<57,50 euro). De gewenste prijsverhoging voor kamertype C kan niet worden goedgekeurd. De huidige prijs is hoger dan het grensbedrag van 50 euro. Er is dus een beperking te rekenen vanaf de huidige prijs (52 euro\*1,15 = 59,80 euro). De maximale prijs die voor kamertype C kan worden gevraagd is 59,80 euro.

Voor alle kamertypes is de prijsverhoging groter dan 5 euro. De prijsverhoging zal dus gefaseerd moeten worden ingevoerd. Een mogelijke optie voor kamertype A is:

**Tabel 3.3 Gefaseerde invoering (in euro)**

Kamertype	Prijsverhoging	Gefaseerde invoering
Kamertype A	+14	5+5+4

Bron Agentschap Zorg en Gezondheid (2015)

b) Begrenzing: formulier B-E

De begrenzing van de gemiddelde prijsverhoging is de verantwoorde kost. Bovendien mag de gemiddelde prijsverhoging over een periode van *twee jaar niet meer dan 10%* bedragen. De prijsstijging *per kamertype* mag niet meer dan *15%* van de huidige prijs bedragen. Dit geldt voor zowel de huidige als de nieuwe bewoners. Een cijfervoorbeeld ter verduidelijking van de regels:

Tabel 3.4 Cijfervoorbeeld begrenzing en goedkeuring prijsverhogingen onder formulier B-E (in euro)

Kamertype	Huidige prijs	Gewenste prijs	Prijsverhoging	Goedgekeurde prijsverhoging	Goedgekeurde prijs
Kamertype A	30	40	+10 (33%)	30*1,15	34,50
Kamertype B	40	44	+4 (10%)	40*1,15	44
Kamertype C	35	36	+1 (3%)	35*1,15	36
Kamertype D	55	55	+0 (0%)	/	/
Kamertype E	60	60	+0 (0%)	/	/
Gewogen gemiddelde	36	39,40	+3,40 (9,44%)	/	/

Bron Agentschap Zorg en Gezondheid (2015)

Een woonzorgcentrum dient een eerste aanvraag in tot prijsverhoging gebruik makend van een formulier B-E. De gemiddelde gewenste prijsverhoging bedraagt 9,44%. Volgens de regels mag de gemiddelde prijsverhoging niet oplopen tot meer dan 10% gespreid over een periode van twee jaar. Dit is in bovenstaand voorbeeld niet het geval (9,44% < 10%).

Voor de prijsverhoging per kamertype geldt een beperking van 15% op de huidige prijs. De prijzen voor de kamertypes A, B en C zullen stijgen. Enkel de gewenste prijzen voor kamertypes B en C kunnen worden goedgekeurd. De gewenste prijzen zijn telkens lager dan 15% van de huidige prijs. De gewenste prijs voor kamertype A is meer dan 15% van de huidige prijs en kan maar maximaal 34,50 euro bedragen.

### 3.1.2.2 Prijsverlaging

Hoewel zij dit zelden zullen doorvoeren, zijn woonzorgvoorzieningen ook in de mogelijkheid hun prijzen te verlagen. Zij kunnen een lagere prijs hanteren dan de prijs waarvoor aanvankelijk een goedkeuring werd verkregen of waarvan een melding werd gemaakt bij het Agentschap Zorg en Gezondheid.

In het geval een woonzorgvoorziening in het verleden een prijsverhoging heeft ingevoerd naar aanleiding van een investering dan moet er achteraf een verlaging van de prijs worden toegepast indien er achteraf een investeringssubsidie wordt toegekend. Een prijsverlaging geldt voor zowel de nieuwe als de bestaande gebruikers die een woongelegenheid betrekken waarvoor een infrastructuurinvestering werd gedaan.

Om een prijsverlaging door te voeren, hebben de woonzorgvoorzieningen geen goedkeuring nodig. Een verlaging van de prijs moet wel steeds worden meegedeeld aan het Agentschap Zorg en Gezondheid. Via het e-loket wordt de effectief toegepaste prijs en de toepassingsdatum gemeld. De nieuwe, lagere prijzen vormen de basis voor eventuele toekomstige prijsverhogingen.

De gebruikers (de bewoners van een woonzorgvoorziening en/of hun vertegenwoordiger) moeten ten minste 30 dagen voor de invoering van de prijsaanpassing hiervan op de hoogte worden gesteld (website Agentschap Zorg en Gezondheid geraadpleegd op 09-11-2016).

### 3.1.3 De prijs zetten voor een nieuwe dienst of een nieuw product

Wanneer een (nieuwe) woonzorgvoorziening een nieuw product of dienst aanbiedt, bepaalt zij hiervoor zelf de prijs. Het betreft het zetten van een nieuwe prijs voor een product of dienst dat er daarvoor nog niet was.

#### 3.1.3.1 Prijs melden van een nieuwe voorziening

Een nieuwe woonzorgvoorziening is vrij om zelf haar prijzen te bepalen. De prijzen die zullen worden gehanteerd, moeten wel eerst worden gemeld bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. Dit door gebruik te maken van het e-loket (website Agentschap Zorg en Gezondheid geraadpleegd op 09-11-2016).

#### 3.1.3.2 Prijs van (nieuwe) supplementen

Bestaande voorzieningen die nieuwe supplementen aanbieden, mogen hiervoor ook zelf de prijs bepalen. Ook hier geldt de regel dat de prijs eerst wordt doorgegeven aan het Agentschap Zorg en Gezondheid via het e-loket.

Wanneer het gaat om een prijsverhoging van een reeds bestaand supplement, dient de woonzorgvoorziening deze prijsverhoging aan te vragen en cijfermatig te motiveren.

Het opnemen van een supplement in de dagprijs wordt beschouwd als een dagprijsverhoging en moet worden aangevraagd (website Agentschap Zorg en Gezondheid geraadpleegd op 09-11-2016).

#### 3.1.3.3 Prijs van een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer

Indien het gaat om de bepaling van een nieuwe prijs voor een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer in het kader van (al dan niet structurele) infrastructuurinvesteringen (bv. een nieuw type kamer) moet de prijszetting worden gemotiveerd en verantwoord. Het kan gaan om een investering betreffende een vervangingsnieuwbouw met een eventuele uitbreiding van de capaciteit (niet enkel bestaande bewoners, maar ook nieuwe bewoners worden gehuisvest in het nieuwe/gerenoveerde gebouw) of een investering die enkel een uitbreiding in capaciteit betreft (in het nieuwe/gerenoveerde gebouw worden enkel nieuwe bewoners gehuisvest). Het *formulier BENP* moet hiervoor worden gebruikt. Wanneer het uitsluitend nieuwe bewoners (dus enkel uitbreidings-nieuwbouw) betreft zijn er geen begrenzingen. Wanneer het zowel bestaande als nieuwe bewoners betreft zijn die begrenzingen er wel. Deze dossiers zullen hierna in onze steekproef opgenomen worden als *A30*, omdat de beslissing hierover binnen de 30 dagen dient te vallen.

Er is sprake van een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer wanneer er geen gelijk-nis merkbaar is met andere producten. Met andere woorden er moet sprake zijn van een kwalitatief verschil dat wordt gerealiseerd via infrastructuurwerken die het zorg- en wooncomfort van de gebruiker verhoogt. Bijvoorbeeld door een uitbreiding van de beschikbare oppervlakte per bewoner (kamer en collectieve ruimte) met minstens 10%. Een andere manier om het comfort van de bewoners te verhogen, is door toevoeging van een aparte, toegankelijke sanitaire cel op de kamer.

Om de nieuwe prijs van een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer te motiveren, dient de woonzorgvoorziening minimaal te beschikken over een stedenbouwkundige vergunning (indien vereist voor de infrastructuurwerken). Daarnaast is er een attest van een architect nodig ter staving van het minimum-percentages aan oppervlakte toename. De minister beschikt over de bevoegdheid om de motivering te weigeren.

Naast de motivering moeten zowel de kost voor de investering als de andere kostencomponenten worden verantwoord (in de initiële versie was er nog een incrementele aanpak met enkel de investeringskost, de huidige versie is gebaseerd op de samenstelling van de volledige kostprijs). Voor de verantwoording van de investeringskost zijn twee gegevenssoorten nodig. Enerzijds de financieringskost (o.a. het bedrag en de modaliteiten van de lening, de aflossingsmethode) en anderzijds de componenten inzake de infrastructuurkost (o.a. de totale bouw-, aankoopkost). Op basis van de gegevens met betrekking tot de financieringskost wordt de financieringskost voor eigen en vreemd vermogen

berekend. Vervolgens wordt de verantwoorde kost per verblijfsdag berekend aan de hand van de bouw- en financieringskost na aftrek van de aanschaffingswaarde van eventueel bestaande infrastructuur. Het is de verantwoorde kost dewelke de basis vormt voor een dagprijsverhoging voor de nieuwe bewoners.

Huidige bewoners worden beschermd doordat de prijs van hun kamer *maximaal 15% kan stijgen in een periode van twee jaar*. Eens de nieuwe prijs is bepaald, moeten de bewoners van de woonzorgvoorziening hiervan op de hoogte worden gesteld. De nieuwe prijs wordt toegelicht op de bewonersraad (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2015).

## 3.2 Reglementering van dagprijs en aanrekenen supplementen

### 3.2.1 Dagprijs

Een woonzorgcentrum kan een beroep doen op drie types inkomsten: (1) subsidies op federaal en Vlaams niveau, (2) eigen middelen en (3) de prijs die de bewoner zelf moet betalen.

De prijs die de bewoner zelf moet betalen, is de dagprijs. De dagprijs omvat per dag alle kosten voor het verblijf, de huisvesting en de verzorging. De dagprijs verwijst naar de zogenaamde 'hotelkosten' in het woonzorgcentrum zoals het verblijf in de kamer, de maaltijden, etc. Ook een gedeelte van de zorg- en dienstverlening wordt gedekt door de dagprijs (VVSG, 2012).

In een overeenkomst tussen de bewoner en het woonzorgcentrum wordt de dagprijs vastgelegd. Op het einde van de maand ontvangt de bewoner een factuur waarop de dagprijs, het aantal dagen verblijf, een opsomming van alle extra vergoedingen bovenop de dagprijs en voorschotten ten gunste van derden staat vermeld. Het woonzorgcentrum moet sinds 1 juli 2007 de aangerekende dagprijs reduceren voor niet-gebruikte diensten of leveringen. Bijvoorbeeld een maaltijdkost mag niet worden aangerekend in het geval de bewoner enkele dagen in het ziekenhuis verbleef (VVSG, 2012).

### 3.2.2 Extra vergoedingen (supplementen)

Naast de dagprijs kunnen er ook supplementen worden aangerekend (zie tabel 3.1). Een supplement is een extra vergoeding die wordt gevraagd voor bijkomende diensten en leveringen. Alleen individuele en gepersonaliseerde uitgaven kunnen worden gefactureerd. Het gaat bijvoorbeeld om een bezoek van de kapper, een pedicure, etc. De woonzorgvoorziening moet deze uitgaven kunnen verantwoorden. Daarnaast moeten de supplementen expliciet worden vermeld in de overeenkomst tussen de bewoner en het woonzorgcentrum.

Een woonzorgcentrum is echter niet verplicht om supplementen extra aan te rekenen. De supplementen kunnen ook in de dagprijs worden opgenomen (VVSG, 2012). Dit maakt de prijsvergelijking heel moeilijk. De ene keer zitten de supplementen vervat in de factuur, de andere keer niet.

### 3.2.3 Vergoedingen ten gunste van derden

Sommige ouderen ervaren moeilijkheden met het beheren van hun geld of hebben geen geld ter beschikking wanneer ze van een bepaalde dienst gebruik maken (bv. de kinesist die langskomt). Om hiervoor een oplossing te vinden, schiet een woonzorgcentrum voor in de kosten. Het woonzorgcentrum betaalt de kosten in naam van de bewoner. De bewoner betaalt de kosten op een later tijdstip terug.

Een vergoeding ten gunste van derden kan ook worden voorzien voor verzorgingsmateriaal dat niet wordt gedekt door RIZIV-forfaits.

Het bijkomend aanrekenen van vergoedingen ten gunste van derden is niet verplicht. Een vergoeding ten gunste van derden kan ook worden opgenomen in de dagprijs (zie tabel 3.1) (VMSG, 2012). Dit komt de transparantie van de totale kostprijs niet ten goede.

### 3.2.4 Overzicht supplementen en vergoedingen ten gunste van derden

Wanneer een woonzorgcentrum geen supplementen of vergoedingen ten gunste van derden bijkomend aanreken, worden deze opgenomen in de dagprijs. Dit is dan een *all-in* dagprijs.

In het ministerieel besluit van 14 februari 2007 wordt opgesomd wat in de dagprijs moet worden opgenomen alsook wat als supplement en als voorschot ten gunste van derden kan worden aangerekend.

Tabel 3.5 geeft dit per kostprijsselement weer.

**Tabel 3.5 Overzicht dagprijs, supplementen en vergoedingen ten gunste van derden**

Kostprijsselement	Inbegrepen in de dagprijs	Als extra vergoeding (supplement)	Als voorschot ten gunste van derden
<b>Woonfunctie</b>			
Het gebruik van de kamer	X		
Het meubilair van de kamer aangepast aan de toestand van de bewoner/basis accommodatie en het meubilair overeenkomstig de erkenningsnormen	X		
Het ter beschikking stellen van een nachtstoel	X		
Het aangepaste meubilair van de gemeenschappelijke plaatsen	X		
Het gebruik en het onderhoud van de sanitaire installaties	X		
Het gebruik van de gemeenschappelijke plaatsen	X		
Het onderhoud van het patrimonium van de voorziening	X		
De herstellingen van de kamers en overige huisvestingslokalen die uit een gewoon woongebruik voortvloeien	X		
Het onderhoud van de individuele kamer, van het meubilair en het materiaal in de kamer	X		
Onderhouds-, schoonmaak-, en herstellingskosten ten gevolge van normale slijtage	X		
Afvalverwijdering	X		
De verwarming van de kamer en de gemeenschappelijke plaatsen en het onderhoud van deze installaties	X		
Stromend water en het gebruik van elke sanitaire installatie	X		
De elektrische installaties, hun onderhoud	X		
Het elektriciteitsverbruik	X		
De installaties voor bescherming tegen brandgevaar en voor interne communicatie in functie van gemeenschappelijk gebruik	X		
De individuele en collectieve toegang tot de door de voorziening ter beschikking gestelde interne en externe communicatie voor radio, televisie, internet	X	X	
Het ter beschikking stellen in de gemeenschappelijke ruimten van televisie, radio of andere audiovisuele media	X		
De keukeninstallaties en het onderhoud ervan	X		
De beschikbaarstelling, het onderhoud en de vervanging van het beddengoed	X		
De standaarduitrusting voor gordijnen, behang, etc.	X		
Was en stomerij van het niet-persoonlijke linnen	X		
Was en stomerij van persoonlijk linnen		X	X

Tabel 3.5 Overzicht dagprijs, supplementen en vergoedingen ten gunste van derden (vervolg)

Kostprijselement	Inbegrepen in de dagprijs	Als extra vergoeding (supplement)	Als voorschot ten gunste van derden
<b>Zorgfunctie</b>			
Medische, verpleegkundige, verzorgende, paramedische en kinesitherapeutische activiteiten die voorzien zijn in de tussenkomst door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, voor het bedrag dat niet gedekt wordt door deze tussenkomst	X		
Honoraria van externe zorgverstrekkers die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV voor zover ze niet inbegrepen zijn in de zorgforfaits die de voorziening voor de individuele bewoners ontvangt			X
Individuele bijdragen voor het ziekenfonds			X
Kosten van medicatie			X
De bevoorrading, het beheer, het stockeren en de verdeling van geneesmiddelen, verzorgings- en incontinentiemateriaal	X		
Hospitalisatiekosten			X
Incontinentiemateriaal	X		
Verzorgingsmateriaal dat niet gedekt is door RIZIV-forfaits			X
Kosten voor hulpmiddelen zoals bv. hoorapparaat, etc. voor het gedeelte dat niet gedekt wordt door de ziekteverzekering of dat niet onder toepassing valt van de overeenkomst tussen de voorziening en de verzekeringsinstelling.			X
<b>Leeffunctie</b>			
De bereiding en de verdeling van de maaltijden	X		
De maaltijdbedeling op de kamer omwille van de gezondheidstoestand van de bewoner	X		
De maaltijdbedeling op de kamer voor valide bejaarden		X	
Beschikbaarheid van drinkbaar water	X		
De dranken buiten de maaltijden die op individuele vraag worden verstrekt		X	
Supplementaire voedingsproducten die buiten de maaltijden worden verstrekt op individuele vraag		X	
Lichte en dadelijk opneembare voedingsstoffen			X
Lichaamshygiëne van kop tot teen	X		
Pedicure, manicure, kapper, esthetische verzorging		X	X
Basispakket van persoonlijke toiletartikelen standaard aangeboden	X		
Persoonlijke toiletartikelen die op vraag van de bewoner worden verstrekt			X
De animatie-, recreatie- en therapeutische activiteiten die worden georganiseerd door de voorziening	X		
De herstellingskosten van persoonlijk linnen		X	X
Vervoerskosten die verband houden met de gezondheid van de bewoner		X	X
Alle persoonlijke aankopen op uitdrukkelijke vraag van de bejaarde, andere dan toiletartikelen			X
Alle mogelijke kosten die verband houden met het houden van een individueel huisdier		X	
<b>Beleidsfunctie</b>			
De administratieve kosten die gebonden zijn aan de huisvesting of de werking van de voorziening	X		
Verzekeringsspolissen van allerlei aard	X		
Individuele en aanvullende verzekering burgerlijke aansprakelijkheid			X
Belasting eigen aan de uitbating van de voorziening	X		
De kosten van het gebruik van een mortuarium		X	X
Begrafeniskosten			X

Bron VVSG (2012)

Bovenstaande lijst is niet volledig. Met de toestemming van de FOD Economische Zaken kunnen bepaalde items ook worden aangerekend. Dit indien ze niet ingaan tegen andere erkenningsnormen.



Voor een extra dienstverlening zoals bijvoorbeeld het naamtekenen van kledij kan dus ook een extra vergoeding worden gevraagd. Een woonzorgvoorziening kan ook een prijsverschil hanteren voor bewoners uit de eigen gemeente en uit een andere gemeente. De bewoners uit de eigen gemeente krijgen dan een korting of de bewoners afkomstig uit een andere gemeente betalen een extra vergoeding.

In tabel 3.5 is terug te vinden dat voor het verzorgingsmateriaal dat niet door de RIZIV-forfaits wordt gedekt, een voorschot ten gunste van derden kan worden gevraagd. Verzorgingsmateriaal dat wel door de RIZIV-forfaits wordt gedekt, mag niet worden doorgerekend aan de bewoner. Het woonzorgcentrum wordt hiervoor immers al vergoed door het RIZIV. Enkel het remgeld kan nog worden aangerekend (VVSG, 2012). In het KB van 11 maart 2002 wordt bepaald welke verzorgingsmateriaal wordt gedekt door de RIZIV-forfaits. Tabel 3.6 geeft dit weer:

**Tabel 3.6 Verzorgingsmateriaal gedekt door RIZIV-forfaits**

Niet terugbetaalbare antiseptica en desinfectantia met uitzondering van de producten voor gynaecologie, voor mond- en oogverzorging
Niet-geïmpregneerde verbanden en kompressen
Niet-geïmpregneerde steriele kompressen en verbanden die niet terugbetaalbaar zijn
Materiaal voor onderhuidse en/of intramusculaire injecties (met uitzondering van insulinespuiten)

Bron VVSG (2012)

### 3.3 Nieuw financieringsconcept voor infrastructuur in de ouderenzorg (VIPA): het infrastructuurforfait

Om uitvoering te geven aan de resolutie van het Vlaams Parlement betreffende de infrastructuursubsidiëring van woonzorgvoorzieningen en centra voor kortverblijf (dd. 19 juni 2013) werd het oude VIPA-systeem vervangen. Bovendien voldeed het oude VIPA-systeem niet langer aan de budgettaire aanrekeningsnormen van Europa. In dialoog met de sector werd een nieuw financieringsconcept ontwikkeld.

Op 14 oktober 2016 keurde de Vlaamse regering de wijziging van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009 goed. Deze wijziging voorziet in de decretale basis van het nieuwe financieringsmodel voor de infrastructuur van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf. Het laat de invoering van een forfaitaire subsidiëring toe die dient als tegemoetkoming in de infrastructuurkosten per erkende woongelegenheden.

#### 3.3.1 De nieuwe VIPA-regeling: wat houdt het in?

Het nieuwe financieringsconcept is een *forfaitair systeem*. Dit houdt in dat een voorziening een forfaitair bedrag van 5 euro per dag en per bewoonde woongelegenheden kan ontvangen. Bij de bepaling van dit forfaitair bedrag wordt er rekening gehouden met de indexering.

Het uitgangspunt van de nieuwe VIPA-regeling is dat de gebruiker zelf instaat voor zijn huisvestingskost. De overheid zorgt voor de tussenkomst voor wat betreft de kosten met betrekking tot het zorg gerelateerd en collectief karakter van het gebouw (De Boom, I., 2016).

De verdere precisering van de invloed van de infrastructuurforfait op de dagprijs, situeert de aanvraag van de subsidie in de aangifte van de dagprijs en/ of een mogelijke prijsverhogingsaanvraag.

In tegenstelling tot de volledige vrijheid van de dagprijs voor nieuwe voorzieningen, en de verantwoording van incrementele elementen voor de klassieke prijsverhogingsaanvraag, is bij aanvraag van het infrastructuurforfait een andere regeling van toepassing: een verantwoording van de volledige dagprijs wordt gevraagd en de dagprijs wordt beperkt tot die elementen, min het infrastructuurforfait.



Ook bij het infrastructuurforfait kunnen zich verschillende situaties voordien zoals bij de klassieke aanvraag: een prijsbepaling voor een volledig nieuwe voorziening, of een prijsbepaling voor een nieuw product van een bestaande voorziening, wat impliceert dat men het onderscheid moet maken tussen bestaande bewoners en nieuwe bewoners. Bij een volledig nieuwe voorziening worden alle elementen van de kostprijsstructuur opgevraagd, en wordt, na aftrek van 5 euro infrastructuurforfait, de dagprijs bepaald door de som van deze elementen: de investerings- en financieringskost voor de individuen leefruimte, in collectieve voorzieningen, aankoop van producten, diensten, onderhoud, verzekering, niet door het instellingforfait gedekte personeelskosten.

Tabel 3.7 vat het veelzeggende cijfermodel, ondanks het feit dat het louter theoretisch is, samen dat het VIPA thans overweegt te gebruiken. Het laat zien dat de infrastructuurforfait bedoeld is om de individuele woonkost met 5 euro te verminderen, maar illustreert ook dat er tal van andere kosten zijn die in de dagprijs zijn opgenomen. De dagprijs voor een nieuwe voorziening, of voor nieuwe bewoners van een nieuw product van een bestaande voorziening mag gelijk zijn aan deze berekende prijs. Voor oude bewoners gelden nog bijkomende regels van de normale prijsverhogingsaangifte: indien de vroegere prijs beneden de 50 euro lag mag de prijs onbeperkt stijgen tot 50 euro + 15% of 57,5 euro. Voor prijzen boven de 50 euro mag de prijs hoogstens stijgen met 15%. Daarenboven mag in beide gevallen de prijs na aftrek van het forfait voor de bewoner nooit stijgen boven de 5 euro per 6 maand.

**Tabel 3.7** Elementen van de dagprijs die in aanmerking komen voor de prijsaangifte voor het infrastructuurforfait

Elementen van de dagprijs die in aanmerking komen volgens VIPA	In euro per dag
Gebouw	20,35
Meubilair	4,73
<b>Infrastructuurcomponent in dagprijs incl. gederfd forfait</b>	<b>25,08</b>
Forfait	-5
<b>Infrastructuurcomponent in dagprijs na aftrek forfait</b>	<b>20,08</b>
Collectieve ruimte	3,73
Bus	0,37
ICT	1,81
Totaal andere investeringen	5,91
Niet gedekte personeelskosten	21,22
Producten	4,61
Diensten	3,74
Onderhoud en herstellingen	2,77
Verzekeringen	2,77
Supplementen en voorschotten ten gunste van derden	-1,84
Producten en diensten en diverse leveringen in dagprijs	12,05
<b>Verantwoorde prijs na aftrek forfait</b>	<b>59,26</b>
<b>Verantwoorde prijs voor aftrek forfait</b>	<b>64,26</b>

Bron Informatie bekomen van Nico Vermeiren, VIPA

### 3.3.2 Voorwaarden

Om van de nieuwe VIPA-regeling gebruik te kunnen maken, moeten voorzieningen aan een aantal voorwaarden voldoen.

Ten eerste moet er sprake zijn van een investering van een zekere omvang (nieuwbouw, vernieuwbouw of verbouwing). Het betreft investeringen waarvoor een stedenbouwkundige vergunning nodig is. Het forfaitair bedrag is niet van toepassing op onderhoudsinvesteringen. Ten tweede moeten de woongelegenheden waarin wordt geïnvesteerd, erkend zijn. Dit houdt in dat ze deel moeten uitmaken van een bestaande exploitatie of opgenomen zijn in de erkenningskalender.

Indien aan beide voorwaarden wordt voldaan, zal het forfaitair bedrag in principe vanaf de (her)ingebruikname van de woongelegenheden worden betaald aan de voorziening. In functie van de planning kan er ook later dan de ingebruikname worden betaald, maar het blijft de betrachting beide tijdstippen te laten samenvallen. Zolang de woongelegheden bewoond wordt, zal het forfait voor onbepaalde duur worden uitbetaald. In de praktijk gebeurt de (her)ingebruikname van woongelegenheden gespreid doorheen het jaar (De Boom, I., 2016).

### 3.3.3 Verplichting of vrije keuze?

De keuze om al dan niet een beroep te doen op de nieuwe VIPA-regeling is vrij te bepalen door de voorzieningen zelf.

Een voorziening die opteert om gebruik te maken van het forfaitair bedrag, moet voldoen aan de infrastructuurnormen, evaluatiecriteria en de begrenzingen die van toepassing zijn op elke aanvraag tot prijsverhoging ten gevolge van infrastructuurinvesteringen (zie 2.4.2). Dit houdt in dat een voorziening die gebruik maakt van het forfait de prijs niet kan bepalen aan de hand van een vrije prijszetting (namelijk via melding van een nieuw product onder een nieuw erkenningsnummer). De prijs kan evenmin worden bepaald aan de hand van een verantwoorde prijszetting (namelijk via melding van een nieuw product onder een bestaand erkenningsnummer). Men moet de volledige prijs verantwoorden, en niet enkel de prijsverhoging. Het opzet van het forfaitaire bedrag is immers de aangevraagde dagprijsverhoging die gerelateerd is aan een uitgevoerde investering, te milderen. In het geval een voorziening al een dagprijsverhoging zonder verrekening van het forfaitaire bedrag had doorgevoerd, nog voor het bekomen van het forfait, zal er nadien een dagprijsverlaging, gelijk aan het forfaitaire bedrag, worden verrekend. Op die manier komt het forfaitaire bedrag via de voorziening steeds bij de gebruiker terecht (De Boom, I., 2016).

### 3.3.4 Fasering

In 2017 is de nieuwe VIPA-regeling van start gegaan en zal ze geleidelijk verder worden uitgerold. Eenmaal op kruissnelheid zouden alle woongelegenheden waarvoor geïnvesteerd wordt, gebruik kunnen maken van het forfait. De VIPA-forfaits worden toegekend ten vroegste vanaf 1 januari 2018 (De Smaele & Vermeiren, 2017).

### 3.3.5 Nieuw normenkader infrastructuur

In de sector van de ouderenzorg bestaan er twee verschillende infrastructurele normen. Enerzijds is er het normenkader voor erkenning en anderzijds zijn er de VIPA-normen voor het verkrijgen van een investeringssubsidie. Naar aanleiding van de nieuwe VIPA-regeling wil de Vlaamse regering de bestaande infrastructuurvoorwaarden en –normen harmoniseren en een eengemaakt normenkader nastreven. Hiertoe keurde de Vlaamse regering op 25 maart 2016 een conceptnota goed, die vertaald werd in een regelgeving die van kracht is sinds 1 januari 2017. Het huidige normenkader voor erkenning wordt geactualiseerd en elementen uit het VIPA-normenkader worden geïntegreerd. De creatie van een aangepaste en comfortabele woon- en zorgomgeving voor de gebruiker staat hierbij centraal.

De integrale toegankelijkheid van de infrastructuur en de omgeving alsook de privacy van de bewoners gecreëerd door de infrastructuurwerken worden nagestreefd.

Het vernieuwde normenkader stelt, op het niveau van de leefgroep, een totaal minimum netto-oppervlakte van 30 m<sup>2</sup> per bewoner voorop. Deze oppervlakte eis moet gecombineerd geïnterpreteerd worden met andere oppervlaktebepalingen. De individuele kamer moet steeds minimaal 16 m<sup>2</sup> bedragen (exclusief sanitair) en het aandeel per bewoner in de gemeenschappelijke zit- en eetruimte minimaal 4 m<sup>2</sup>. Het individuele sanitair moet rolstoeltoegankelijk zijn en voldoen aan de specifieke voorwaarden die hiervoor gangbaar zijn.

Om een investeringssubsidie van het VIPA te krijgen moet de oppervlakte van de kamer (inclusief sanitair) minimaal 25 m<sup>2</sup> zijn. De maximale subsidiabele oppervlakte voor woonzorgcentra is 65 m<sup>2</sup> per woongelegenheden (Pacolet, De Troyer, Boeykens, De Coninck, & Vastmans, 2012, p. 14).

**Tabel 3.8 Normenkader erkenning versus VIPA-normen**

Normenkader voor erkenning (oppervlakte eisen op niveau van de leefgroep)	VIPA-normen (oppervlakte eisen op niveau van de kamer)
Minimale oppervlakte binnen de leefgroep = 30 m <sup>2</sup> Minimale oppervlakte kamer (exclusief sanitair) = 16 m <sup>2</sup> Minimale oppervlakte gemeenschappelijke zit- en leefruimte = 4 m <sup>2</sup> Rolstoeltoegankelijk sanitair rekening houdend met de specifiek hiervoor geldende oppervlaktebepalingen.	Minimale oppervlakte kamer (inclusief sanitair) = 25 m <sup>2</sup>

Bron De Boom, I. (2016)

In het nieuwe normenkader is er tevens een link met de VIPA-duurzaamheidscriteria. Een voorbeeld van een VIPA-duurzaamheidscriteria is de binnenluchtkwaliteit. De duurzaamheidscriteria hebben eveneens betrekking op het energiepeil, de zonwering, het akoestisch comfort in de verblijfsruimten, etc. (De Boom, 2016, Nieuwe VIPA-regulering over de subsidie voor de infrastructuur).

De nieuwe voorwaarden zullen vanaf 1 januari 2017 van toepassing zijn op alle nog te ontwerpen uitbreidingen, verbouwingen of nieuwbouw. Dit van zowel woonzorgvoorzieningen als centra voor kortverblijf.

### 3.4 Prijscontrole in de andere gewesten

#### 3.4.1 Wallonië

Oorspronkelijk was voorzien dat na de 6<sup>de</sup> staatshervorming de bevoegdheid voor de residentiële ouderenzorg zou overgenomen worden in Brussel en Wallonië door de Fédération Wallonie-Bruxelles. Uiteindelijk zijn de twee regio's daar hun eigen weg gegaan. In het Regeerakkoord voor het Waalse Gewest (2014) is voorzien dat voor de sector van de woonzorgcentra het RIZIV-stelsel van financiering via een overgangprotocol is verzekerd, en ook de steun voor de infrastructuur wordt gecontinueerd. In juli 2014 kondigt de Waalse Regering de creatie van een geïntegreerde dienst 'Agence wallonne de la Santé, de la protection sociale, du handicap et des Familles' aan vanaf 2016, die zowel bestaande bevoegdheden als zorg voor personen met een handicap, maar ook de nieuw overgekomen bevoegdheden zal integreren, onder meer kinderbijslag, en voor dit onderzoek vooral relevant de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, de thuiszorg en de residentiële ouderenzorg. De instelling wordt op 1 januari 2016 gelanceerd onder de naam AVIQ 'Agence pour une Vie de Qualité. Ook wordt een aparte zorgverzekering aangekondigd, vanaf 2017, de 'assurance autonomie wallonne'. Hiervoor keek men naar de Vlaamse Zorgverzekering en zo zou zij onder meer samen met de ziekenfondsen worden

georganiseerd, en er zou ook een bijdrage van 50 euro worden geïnd. Anders dan in Vlaanderen, die tot nu toe een verzekering was voor een uitkering in geld (130 euro) vanaf een bepaald niveau van hulpbehoefte, wilde men de Waalse zorgverzekering in eerste instantie richten naar de thuiszorg, en dan vooral onder de vorm van steun voor hulp in natura (diensten). Het kon verwacht worden dat er snel ook vragen waren om deze zorgverzekering uit te breiden naar de residentiële setting. Daarenboven bleef de vraag hoe men het geheel van de overgedragen bevoegdheden en de bijhorende middelen zou inzetten. Begin 2017 blijkt dat de start van een Waalse Zorgverzekering uitgesteld werd om zowel budgettaire als operationele redenen. Maar aan de andere kant zou zij wel ook, geleidelijk aan, uitgebreid worden naar de residentiële zorg (Schoffers, 2017).

De impasse hierover groeide evenwel al voor de recente herschikking van de Waalse Regering. Ondertussen (mei 2017) had de Waalse Minister voor Gezondheid en Welzijn, Maxime Prévot, ook een ‘Plan Papy Boom’ (de vraag kan gesteld worden of toch niet een iets minder betuttelende terminologie had dienen gebruikt te worden) gelanceerd, die de reglementering en de financiering van de residentiële ouderenzorg vorm zou geven. Het stelsel zou van start gaan vanaf 2019 en zowel de infrastructuurkosten als de personeelskosten integreren, en zorgen voor een inhaalprogramma in zowel aantal als kwaliteitsstandaarden. Alle aanbieders zouden op dezelfde voet worden behandeld - levelling the playing field’ - met toch een zekere voorrang voor de publieke en private non-profit aanbieders. Met name, maar de regeling bestond reeds, is er een minimum quotum voorzien voor deze aanbieders. Voorheen bestond de regeling dat de publieke sector minimum 29% van de markt moest hebben, de private non-profit 21% en de commerciële sector maximum 50%. Het ‘Plan Papy Boom’ wenste deze normen reeds te versoepelen, door de bedden die tot stand komen via samenwerking tussen de diverse spelers, niet meer onder deze quota’s te laten vallen. Het nieuwe regeerakkoord voorziet dat dit ‘moratoire relatif’ wordt opgeheven voor de nieuwe plaatsen, opdat het aanbod beter zou kunnen reageren op de behoeften.

Tevens werd het stelsel van de dagprijzen voor de bewoners bijgesteld: deze zouden meer transparant moeten zijn, gebaseerd op standaard tarieven en controle van de prijsverhogingen en verantwoording van de prijzen van de nieuwe aanbieders (Prévot, 2017). Wat er van deze plannen is terecht gekomen, is niet duidelijk. Het beknopte nieuwe regeerakkoord voor de Waalse regering voorziet dat de administratie AVIQ er vooral voor de continuïteit van de uitkering van de prestaties zal moeten zorgen, de zorgverzekering zal er zo snel mogelijk moeten komen, en het meest concrete is dat het ‘moratoire relatif aux nouvelles places en maisons de repos’ zal worden opgeheven, opdat men beter aan de behoeften van de bevolking zou tegemoet komen, ‘et permettant ainsi une plus grande participation du secteur privé’ (La Wallonie plus forte, 2017, p. 17).

Het AVIQ is alvast verantwoordelijk voor de controle van prijsverhogingen van een aantal residentiële voorzieningen voor de ouderen. De instellingen mogen de prijs maar verhogen wanneer zij de goedkeuring hebben van de administratie. Er bestaat een procedure, op basis van een standaard-dossier dat ook in Excel is voorgeprogrammeerd, voor de prijsverhogingen van de dagprijs en van de supplementen, alsmede van wijzigingen van wat al dan niet in de dagprijs zit.

Een tweede vorm van prijscontrole is de melding van de indexering van de dagprijzen. De indexering kan tot een periode van drie jaar terug gaan, en gebeurt via een eenvoudige standaardbrief aan de AVIQ. De indexering is enkel mogelijk voor de dagprijs en niet voor de diensten en producten die in de supplementen worden voorzien.

Een derde prijsmededeling is deze voor producten en diensten van derden, die al dan niet aan kostprijs of met een toeslag, worden doorgefactureerd. Voor de laatste is geen goedkeuring van de prijzen nog van de toeslag nodig, op voorwaarde dat de bewoner de vrijheid heeft om al dan niet van deze diensten gebruik te maken: ‘ils ne peuvent donc pas lui être imposés.’ Wat dit laatste betreft stellen wij ons de vraag of die vrijheid niet denkbeeldig is.

En tenslotte is er de eenvoudige mededeling van de prijs voor nieuwe diensten. Wel vestigt men de aandacht op het feit dat niet als ‘nieuw’ kan gekwalificeerd worden, als er vergelijkbare kamers zijn in

de voorziening ('les services qui ont un similaire ou un correspondant existant') of na het hernemen van de activiteit na stopzetting of failliet van de voorziening.

Het dossier dat moet vervolledigd worden voor de verantwoording van de prijsverhogingen verschilt nogal van dit gehanteerd in Vlaanderen. Naast een goede identificatie van de voorziening met het ondernemingsnummer, is de informatie opgevraagd over de oude en nieuwe prijs van de verschillende types kamers en het aantal een eerste pakket van gegevens. Ook de eventuele *ristorno's* en de wijzigingen die men daar wenst in aan te brengen worden gevraagd. Opvallend verschil is evenwel dat men een gedetailleerd overzicht vraagt, en dit voor drie voorafgaande jaren en de huidige situatie, van het ingezet personeel, in voltijdsequivalent, van de resultatenrekening, met vooral ook een duidelijk onderscheid tussen de omzet in dagprijs en in supplementen, en de ontvangen subsidies voor het personeel en kapitaalsubsidies, de capaciteit van de voorziening, het profiel van de residenten naar forfaitcategorieën en de forfaits finaal ontvangen van het RIZIV. Een laatste punt, maar hier is geen standaard sjabloon voor voorzien, is een omstandige en becijferde verantwoording van zowel de verhoging van de dagprijs als van de supplementen. De omschrijving op de website van AVIQ leert ons dat die verantwoording zowel de evolutie betreft van de exploitatierekeningen, de personeelskosten, de investeringen in de infrastructuur die de veiligheid maar ook het welzijn en het comfort van de residenten bevordert, etc. Zoals gezegd is hiervoor geen apart rapporteringssjabloon voorzien, maar in het aangifteformulier valt het wel op dat men soms tot drie jaar terug gaat om de situatie te beschrijven van de voorziening op het vlak van de personeelsinzet, ontvangen subsidies, financiële gegevens. Het valt op dat veel van deze informatie aan de ene kant standaard boekhoudkundige gegevens zijn, (niet helemaal, want men splitst de omzet op tussen dagprijs en RIZIV-subsidies en overige subsidies) en ook standaardgegevens zijn die terug te vinden zijn in het dossier voor de berekening van de zogenaamde instellingfinanciering door het RIZIV. Wanneer in Vlaanderen soms geklaagd wordt over de administratieve last van de aangiften, is deze bijgevolg niet kleiner in Wallonië. De informatie die men opvraagt in Wallonië is ook ruimer dan in Vlaanderen, en niet louter gebaseerd op de infrastructuurinvesteringen. Maar ook de planlast in Wallonië zou aanzienlijk lager kunnen zijn indien men automatisch zou kunnen beschikken over de gegevens die door het RIZIV worden opgevraagd/gehanteerd om het instellingforfait te bepalen en te vergoeden. Ook de financiële staten zouden standaard ter beschikking moeten zijn van de overheid, en ook gebruikt worden, en dus niet noodzakelijk in de context van prijsverhogingsaangiften.

Tenslotte valt nog een belangrijker element te vermelden van de prijscontrole: de reglementering op de woonzorgcentra, en overigens ook op de serviceflats en op de dagverzorgingscentra voorziet dat de prijzen van huisvesting en opvang *per burgerlijk jaar maar 5% mogen stijgen* boven de prijsstijging omwille van de indexering.<sup>19</sup>

In het 'Plan Papy Boom' wordt ook de prijsvorming en de subsidie aanzienlijk gewijzigd. Vooreerst wenst men een grotere integratie van allerlei supplementen in de dagprijs, een soort 'prix all inclusive'. Daarnaast wordt de subsidie afhankelijk gemaakt van gewogen som van een aantal standaarden die verder moeten bepaald worden, bestaande uit personeelsomkadering, kwaliteit van de werkgelegenheid, sociale mix en diversificatie van het aanbod. Alle instellingen, wat ook hun eigendomsstructuur, zullen aan deze criteria moeten voldoen wat inhoudt dat het speelveld voor iedereen gelijk wordt, met ook dezelfde verplichtingen. De nivellering van het speelveld houdt ook in 'absence de distribution de dividende'. (PowerPoint M. Prévot, 24 mei 2017). Maar ook de prijscontrole wordt verder bijgesteld. Voor de nieuwe voorzieningen, met inbegrip van de grondige herconditioneringen, wordt ook een verantwoording gevraagd van de dagprijs op basis van een volledig ingevuld dossier. Hiertoe wordt een tarievenschaal opgesteld, rekening houdende met de grootte, de lokalisatie, de infrastructuur, kortom de 'qualité de vie des personnes hébergées'. De voorzieningen die een subsidie wensen

<sup>19</sup> Conformément aux points 19 de l'annexe 120 (maisons de repos), 10.1 et 10.2 de l'annexe 121 (résidences-services) et 10 de l'annexe 122 (centres d'accueil) du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, la majoration du prix d'hébergement ou d'accueil ne peut pas, sur une année civile, dépasser cinq pour cent au-delà de l'indexation des prix à la consommation survenue depuis la dernière augmentation de prix. ' <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/contrôle-des-prix>

te ontvangen moeten de 'all inclusive' tarieven hanteren, en dit conform de genegotieerde tariefschaal ('la grille tarifaire négociée').

Ten slotte is ook enige recente informatie beschikbaar over de prijsevolutie van de woonzorgcentra in Wallonië op basis van hun tweejaarlijks verslag over de sector. In bijlage 2 is de evolutie geschetst tussen 2011 en 2014 voor éénpersoonkamers, tweepersoonkamers en meerpersoonkamers. In lopende prijzen is de dagprijs gestegen met 5 tot 8% over een periode van 3 jaar, in reële termen is de jaarlijkse stijging een toename van 1,3% voor éénpersoonkamers, en 0,2% voor tweepersoonkamers.

### 3.4.2 Brussel

De bevoegdheid voor de Brusselse residentiële instellingen voor ouderen ligt grotendeels bij de Brusselse Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Sinds beging 2015 werd op suggestie van het Verenigd College de resterende voorziening van de COCOF overgeheveld naar de GGC die daarmee een bicommunautair statuut bekomen. Daarnaast zijn er nog voorzieningen erkend door de Vlaamse Gemeenschap. In 2016 waren er 153 residentiële voorzieningen, goed voor 15 995 plaatsen waarvan 659 of 4,1% erkend door de Vlaamse Gemeenschap. Daarnaast zijn er nog 32 serviceflats, goed voor 1 779 appartementen, waarvan 3 SF erkend door Vlaanderen, goed voor 152 appartementen (Observatorium, 2016, p. 27 en 28). Net zoals in Wallonië maakt men nog het onderscheid tussen zuivere rustoorden, zuivere RVT's en de gemengde voorzieningen. Dit maakt dat omwille van de complexe structuur van de Brusselse instellingen, de woonzorgcentra verschijnen onder de hoofding gezondheidsinstellingen en onder deze van bijstand aan personen.<sup>20</sup>

Informatie over de prijscontrole werd niet gevonden, en ook over de dagprijs van deze voorzieningen was weinig informatie beschikbaar behoudens de informatie gebaseerd op de Rusthuisbarometer van de socialistische mutualiteiten. Daaruit blijkt dat de gemiddelde dagprijs in de populatie van deze mutualiteit in het Brussels Gewest 44,58 euro bedraagt tegenover 48,92 euro in Vlaanderen en 40,64 euro in Wallonië. Geen gegevens over de prijsevolutie werden gevonden.

In 2016 kondigde de GGC een moratorium aan van het aantal woongelegenheden in residentiële voorzieningen gezien dat uit onder meer de studie van het Brussels Observatorium bleek dat er een onderbezetting was in de rustoorden, een verhoudingsgewijze grotere aanwezigheid van personen met een forfait O en A in vergelijking met de andere gewesten, en een al bij al ook veel hogere institutionaliseringsgraad van de ouderen, wat overigens reeds veel vroeger opmerkelijk was. In 2008 beschreven wij deze situatie reeds, onder meer ook door de geringere uitbouw/gebruik van thuiszorgdiensten (Pacolet, Merckx, Petermans, 2008). Minister Gosuin lichtte in een antwoord op een vraag van A. du Bus ook een andere ambitie toe, met name om het evenwicht in Brussel te herstellen tussen de diverse types aanbieders, met name om het openbaar aanbod terug op te krikken, ten nadelen van de verdere groei van de private spelers, zowel vzw's als commerciële. Eén van de argumenten hierbij was dat deze spelers hogere dagprijzen hanteerden zodanig dat het openbare aanbod zou moeten zorgen voor een betaalbaar aanbod. In de Parlementaire bespreking wordt gesteld dat 50% van de plaatsen zou moeten behoren tot de openbare sector (Verslag, 21 juni 2017), een cijfer dat ver boven het huidige aandeel ligt. Het moratorium is gepland om te lopen tot 1 juli 2020 (Minister Gosuin in de bespreking in de commissie). Met het moratorium wenst met de te sterke toename van plaatsen af te remmen (Minister Gosuin noemt de beslissing van de vorige COCOF-regering om nog net voor de overname door de GGC nog 700 woongelegenheden te vergunnen, een 'stupidité', zie verslag Commissievergadering, p. 11). Samen met het absolute moratorium is ook de dringende

<sup>20</sup> De bicommunautaire instellingen hebben een tweetalig statuut. Het Verenigd College van de Brusselse Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bestaat uit twee Franstalige en twee Nederlandstalige leden van de Brusselse Gewestregering, en in de huidige regering zijn elke van die twee ministers respectievelijk verantwoordelijk voor gezondheidsbeleid en bijstand aan personen, zodanig dat vier ministers moeten betrokken worden bij het beleid omtrent de residentiële voorzieningen voor bejaarden in Brussel. Zo is de ordonnantie voor een moratorium van het aantal bedden voor bejaardenvoorzieningen van 12 juli 2017 getekend door de vier betrokken ministers.



reconversie voorzien naar RVT-plaatsen (400) en plaatsen voor kortverblijf (100). Hierbij moet 1 RVT-bed gecompenseerd worden door de afbouw van 1,5 ROB-bed, en 1 plaats voor kortverblijf voor 1,2 ROB-bed. Op die manier wordt het totaal aantal woongelegenheden lichtjes afgebouwd, en is de noodzakelijke reconversie naar deze alternatieve vormen mogelijk zonder een te zware budgettaire impact. Bij de verdeling van deze plaatsen voorziet de Minister 40% voor het openbaar initiatief, en 20% voor de vzw's, met het oog op het herstel van een te verregaande privatisering in de sector. Voor het toekennen van deze plaatsen worden trouwens objectieve criteria voorzien als bezettingsgraad, aantal afhankelijke personen, aandeel kansarme bewoners, bestaffing en dagprijs (Verslag, p. 10).

In het verslag wordt gesteld dat aangaande het prijsbeleid het beleid van de federale regering wordt voortgezet, dat erin bestond om te bruuske prijsverhogingen te vermijden. 'Het College heeft trouwens reeds prijsverhogingen afgewezen' (Ibidem). Maar ook hier wordt verwezen naar de noodzaak om een eigen Brusselse reglentering uit te werken, wat nog dient te gebeuren. In het antwoord van Minister Gosuin op de vraag van A. du Bus kunnen wij lezen dat het prijsbeleid bestaat uit twee componenten, de vergoeding vanuit RIZIV en later de GGC, en de dagprijs. 'Concernant l'intervention de la Cocom pour les soins, aucune part à charge du patient n'est demandée.' Wat de dagprijs betreft moet elke prijsverhoging voorgelegd worden aan de GGC.<sup>21</sup> De gedeelde bevoegdheid in de GGC voor enerzijds gezondheidsbeleid en anderzijds bijstand aan personen maakt dat de financiering van de zorg ressorteert onder het gezondheidsbeleid, en de dagprijs, een bevoegdheid is voor 'bijstand aan personen'. Minister Fremault stelt hierover: 'Cela permet d'éviter des effets de vases communicants.', want niet helemaal zeker is omdat de dagprijs ook zorgkost moet bijpassen en ruimer is dan de woonkost. Wat de prijscontrole betreft verwijst Minister Fremault overigens naar de gebrekkige transparantie, het belangrijke werk dat Infor-Home en Home-Info terzake verricht en finaal ook naar een gemeenschappelijke instelling van openbaar nut die 'de vijf ziekenkassen, drie rusthuisfederaties en de vier ministeriële kabinetten' zou omvatten en die nu reeds op een informele manier samen komt en die dit dossier van de prijscontrole ook zou kunnen aanpakken (Verenigde Vergadering Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie VGGC, 18 maart 2016). Elke prijsverhoging moet voorgelegd worden aan de GGC die een analyse maakt van de verantwoording van elke vraag tot prijsverhoging. Volgens de minister zouden deze verhogingen zich ook beperken *tot maximum 5% per jaar* (Thomas, DH, 2016).

Ook rond de in het Regeerakkoord aangekondigde uitbouw van een eigen Brusselse zorgverzekering, zit men nog in de fase van het studiewerk rond de 'assurance autonomie Bruxelloise', consequent sinds dat Regeerakkoord een 'Brusselse zelfstandigheidsverzekering' genoemd in het Nederlands. In een recente studie zijn de juridische aspecten, de verwachtingen van de stakeholders en de mogelijke omvang en budgettaire impact ingeschat, maar de contouren blijven nog onduidelijk onder meer omtrent de inkanteling van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, wijze van financiering, aard en omvang van de tegemoetkoming, organisatievorm (De Brouwer, Verté, Dumont, Slautsky, De Greef, De Blander, Vandenbroucke & Mahieu, 2016).

### 3.4.3 Duitstalige Gemeenschap

De Duitstalige Gemeenschap is bevoegd voor de prijscontrole op de woonzorgcentra en past ook voorlopige dezelfde principes toe als voorzien in het ministerieel besluit van 12 augustus 2005 houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaarden-opvang.

In een antwoord op een vraag van C. Servaty geeft de Minister Antoniadis een beeld van de evolutie van de dagprijs in de periode 2009 -2015. De cijfers zijn opgenomen in bijlage 2. Over deze periode

<sup>21</sup> De Minister maakt daarna nog een interessante uitweiding over de evolutie van de prijzen in de woningmarkt voor zover er ook niet een aangepast aanbod van betaalbare woningen voor ouderen kan worden voorzien. Die prijzen kunnen een invloed hebben op de keuze voor een residentiële voorziening, en ook op de gehanteerde prijzen.

van 6 jaar is de prijs gestegen voor de drie onderscheiden kamertypes met 9 tot 11% maar in prijzen van 2015 is de prijs zelfs onveranderd gebleven voor de éénpersoons en tweepersoonskamer met douche/WC terwijl voor de éénpersoonskamer met enkel lavabo de prijs in reële termen is gedaald met 0,4% per jaar.

### 3.5 Samenvattend

De prijscontrole op de residentiële voorzieningen voor de ouderen in de gewesten en gemeenschappen is een voortzetting van de voorheen federale regelgeving. Daarnaast is de prijscontrole niet los te zien van andere normen over de prijsvorming want betreft de transparantie en leesbaarheid. Wat in de dagprijs standaard wordt opgenomen, en wat in mogelijke supplementen wordt opgenomen, of als doorfacturatie van diensten die door derden worden gepresteerd blijft een punt van aandacht. Voor Vlaanderen is de ondertussen gewijzigde regelgeving op de steun voor de infrastructuur (VIPA) ook relevant voor de prijs aangerekend aan de bewoner.

Wat de basiscontrole betreft is de reglementering in elk van de Gewesten en de Duitstalige Gemeenschap voorlopig een voortzetting van de regels die op federaal niveau in voege waren, met name gebaseerd op het Ministerieel Besluit van 12 augustus 2005 houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaardenzorg. Deze bevatte een gedetailleerde lijst van informatie over de exploitatie van de voorzieningen die moest opgeleverd worden alsmede de verplichting om een cijfermatig onderbouwde verantwoording te geven van de prijsverhoging voor bestaande diensten. Deze verplichtingen zijn overgenomen in al de gewesten en de Duitstalige Gemeenschap. De prijsverhogingen worden door de bevoegde minister goedgekeurd op voorstel van de administratie op basis van deze verantwoordingsstukken, en zijn dus een individuele afweging. In de beperkte informatie die hierover publiek beschikbaar is werd regelmatig verwezen naar de doelstelling om de betaalbaarheid voor de bewoner te vrijwaren. In die zin werden maximumpercentages gehanteerd van *5% per 6 maand of per jaar*, die ook aansloten bij gelijkaardige maximumpercentages die op federaal niveau werden gehanteerd en waarbij werd gesignaleerd dat *'prijsverhogingen van de dagprijs 2,5 à 3 euro per zes maand'* (zie punt 2.1.1) aanvaardbaar zouden zijn. De normen die expliciet vermeld werden in Brussel en Wallonië zijn een maximale prijsstijging boven de inflatie van 5% per jaar, terwijl het zelfs niet duidelijk is in Brussel of dit met inbegrip van de indexering is.

In elke van de gewesten is, net zoals de Federale bevoegdheid voorzag, de prijsverhogingsaangifte enkel van toepassing voor de bestaande producten en diensten. Telkens wordt ook verwezen welke voorzieningen die ingrijpend van karakter zijn veranderd, toch nog vallen onder een prijsverhogingsaangifte. Voor totaal nieuwe voorzieningen geldt de prijsverantwoording niet. Dit was ook niet het geval op het federale niveau, in tegenstelling tot de regels die men daar hanteert voor bijvoorbeeld de geneesmiddelen waar zowel voor de prijsverhogingen van bestaande producten als voor de prijsbepaling voor nieuwe producten een verantwoording nodig is en maximumprijzen of percentages kunnen gehanteerd worden. In het 'Plan Papy Boom' voorziet de Waalse regering dergelijke verantwoordingsplicht ook voor de nieuwe voorzieningen, en stelt zij een tarievenschaal voor die als referentiepunt kan dienen voor deze prijsbepaling.

In Vlaanderen zijn de normen en procedures aanzienlijk gestandaardiseerd geworden en ook transparanter. In tabel 3.9 vatten wij de verschillende prijsaangiften of prijswijzigingen in Vlaanderen samen. Er zijn aangiften van indexeringen, er zijn prijsaangiften door volledig nieuwe voorzieningen waarvoor geen goedkeuring of verantwoording nodig is, er zijn prijsverhogingsaangiften voor nieuwe producten of diensten van bestaande erkenningen. Wij vatten ook de nieuwe aangifte samen die in ontwikkeling is voor de dagprijs voor die voorzieningen die een infrastructuurforfait zullen ontvangen.

De administratieve last van de aangiften wordt in onderstaande tabel weergegeven via het aantal lijnen in de formulieren die moeten ingevuld worden. Blijkbaar verschilt de informatie die men nodig



acht naar type van aangifte. De gehanteerde grenzen zijn ook niet dezelfde. De grenzen zijn ook niet dezelfde voor de dossiers die met en zonder een infrastructuurforfait worden ingediend.

Zonder in te gaan op het detail van deze formulieren, is het onduidelijk waarom deze dossiers verschillen. Zo waren formulieren A en B-E vroeger vervat in één formulier, maar is daarna een differentiatie gebeurd volgens o.m. de beschermingsregels. Zelfs al zijn de regels verschillend kan men best hetzelfde stramien van rapportering hanteren. Een harmonisatie van de dossiers zou naar de toekomst toe dan ook wenselijk zijn, wat reeds behartigd wordt in het nieuwe formulier voor het infrastructuurforfait.

Er is tevens een verschil in verantwoordingsplicht. Indien men het infrastructuurforfait aanvraagt, is de prijs beperkt tot de verantwoorde kosten, min het forfait. Zonder infrastructuurforfait zou de prijs vrij zijn. Indien het argument is dat men een zeker zicht op de verantwoording wenst te hebben, en of het infrastructuurforfait werkelijk wordt afgehouden, dan kan voor de gewone dossiers ook een gelijkaardige verantwoording worden gevraagd, wat pleit voor een harmonisatie van de dossiers. Indien het argument van de prijsverantwoording ligt in het feit dat men 5 euro subsidie krijgt, dan geldt dit nog meer voor elke subsidie, met name de forfaits die de woonzorgcentra krijgen uit de Vlaamse Sociale Bescherming (voorheen het instellingforfait van het RIZIV). Het zou pleiten voor een veralgemeende verantwoordingsplicht.

De wijze waarop verantwoording wordt gevraagd is verschillend. In de prijsverhogingsaangiften vraagt men naar de bijkomende elementen die een prijsverhoging zouden verantwoorden. Het is een 'incrementele' kostenanalyse. In de VIPA-aanvraag moeten alle kostprijs-elementen worden weergegeven. Het is een 'zero base' kostprijsberekening, vertrekkende vanaf nul. Bij de verdere analyse van de prijsaangiften zullen wij ons ook de vraag stellen of alle incrementele kostenelementen wel aanleiding moeten geven tot een verhoging van de dagprijs aangezien zij misschien voor een deel ter vervanging zijn van elementen die voorheen reeds in de dagprijs zaten. Bij de opgave van alle kostprijs-elementen kunnen deze vergeleken worden met de werkelijke dagprijs, en worden dubbeltellingen vermeden.

Blijven tenslotte de ingestelde prijsverhogingspercentages. Deze gelden enkel voor de oude bewoners van bestaande voorzieningen, en zijn beperkt tot maximaal 15% per prijsverhoging over twee jaar bij grote infrastructuurwerken, en tot 10% per periode van twee jaar voor meer beperkte investeringen of omwille van andere redenen. Tevens geldt de grens dat prijsverhogingen tot 50 euro onbeperkt kunnen, tot 50 euro +15% of 57,5 euro. Soms zijn de beperkingen van toepassing per type kamer, soms voor het gemiddelde. Tevens geldt voor bestaande bewoners dat de prijsverhoging maar mag verlopen in schijven van 5 euro per keer, per periode van 6 maand. Ten slotte is er de meldingsplicht aan de bewoners voordat de prijsverhoging, na goedkeuring, mag doorgevoerd worden en moet de werkelijk toegepaste prijs ook gemeld worden aan de administratie via het elektronisch loket. Vergeleken met de cijfers die wij hiervoor konden noteren van maximale prijsverhogingen die aanvaardbaar zijn, zowel op het federale niveau als in Wallonië en Brussel, zijn deze percentages aan de hoge kant. Wij zouden ze kunnen omschrijven als eerder 'zacht'. Zelfs de beperking van 5 euro per periode van 6 maand is zacht in vergelijking met de reglementering in Wallonië en Brussel die 5% hanteert, per 6 maand of zelfs per jaar.

Tabel 3.9 Vormen van prijsaangifte en prijsverhogingsaangifte

Vorm	Type formulier	Beslissing binnen 30/60 dagen	Begrenzingsen	Code in onze steekproef
Nulmeting prijs in de sector van WZC	Via E-loket			
Jaarlijks indexering van prijzen	Via E-loket			
Prijsaangifte nieuwe supplementen	Via E-loket			
Prijsverhoging bestaande supplementen	Eenvoudige becijferde motivatie			
Prijs van een nieuw product onder bestaand erkenningsnummer met uitsluitend nieuwe bewoners (enkel uitbreidingsnieuwbouw)	Formulier BENP Verantwoording 127L	30	Verantwoorde kosten	
Prijsverhoging van een nieuw product onder bestaand erkenningsnummer met bestaande en met nieuwe bewoners (vervangings- en eventueel uitbreidingsnieuwbouw)	Formulier BENP Motivatie 46L Verantwoording 16L	30	Huidige bewoners onbeperkt tot 50 euro WZC 25 euro SF, 20 euro DVC; daarboven beperkt tot 15% op 2 jaar; voor nieuwe bewoners geen begrenzing, wel verantwoording	<b>A30</b>
Prijsmelding van een nieuwe voorziening	Via E-loket		Geen	
Prijsverhogingen door infrastructuur-investeringen (ruwbouw)	Formulier A Aanvraagformulier 312L Berekening gemiddeld % vorige aanvraag 30L	60	Huidige bewoners onbeperkt tot 50 euro WZC, 25 euro SF, 20 euro DVC; daarboven beperkt tot 15%; voor nieuwe bewoners geen begrenzing, wel verantwoording	<b>A60</b>
Prijsverhogingen door andere kosten (andere investeringen, verlies, extra diensten in de dagprijs)	Formulier BE Aanvraagformulier 2BBL Berekening gemiddeld % vorige aanvraag 30L	60	Gemiddeld max. 10% op 2 jaar voor bestaande en nieuwe bewoners; per kamertype max. 15%	<b>BE</b>
Prijzenformulier infrastructuurforfait VIPA	Prijzenformulier infrastructuurforfait 256L	Vanaf 2018 in voege		
	Nieuwe voorziening		Dagprijs beperkt tot verantwoorde kosten min infrastructuurforfait	
	Bestaande voorziening, bestaande bewoners		Prijsstijging onbeperkt tot 50 euro WZC, 25 euro SF, 20 euro DVC; daarboven beperkt tot verantwoorde kosten min infrastructuurforfait	
	Bestaande voorziening, nieuwe bewoners		Dagprijs beperkt tot verantwoorde kosten min infrastructuurforfait	

\* L is het aantal lijnen in het formulier en staat als indicator van het detail van informatie die moet opgeleverd worden.

In 2016 waren er 766 woonzorgcentra actief in Vlaanderen. Op datum van 1 mei 2016 werd een zogenaamde nulmeting van de dagprijs georganiseerd van de woonzorgcentra. Er werden voor 766 voorzieningen een prijs opgetekend, en dit voor niet minder dan 2 000 kamertypes.

In tabel 3.10 geven wij het aantal prijsverhogingsdossiers die in de loop van het vierde kwartaal 2015 tot en met het derde kwartaal 2016 in Vlaanderen werden behandeld. Er werden in totaal

199 dossiers ingediend, waarvan 152 dossiers voor de prijs van woonzorgcentra. De helft betreft een BE60 dossier voor prijsverhogingen omwille van andere kosten. De A30 dossiers voor nieuwe producten van bestaande voorzieningen zijn de tweede belangrijke groep van aangiften. De minst talrijke groep blijkt het A60 dossier te zijn, met name prijsverhogingen voor bestaande infrastructuur omwille van substantiële infrastructuurinvesteringen.

Wij zullen in volgende twee hoofdstukken op basis van een steekproef uit deze 152 dossiers WZC/CVK de impact nagaan van de prijsaangiften en de prijsreglementering op de betaalbaarheid van de zorg en de levensvatbaarheid van de voorzieningen.

**Tabel 3.10 Aantal ingediende prijsdossiers in Vlaanderen, vierde kwartaal 2015 tot en met derde kwartaal 2016**

	A60 Prijsverhogingen door infrastructuurinvesteringen (ruwbouw)		A30 Prijs van een nieuw product onder bestaand erkenningsnummer met uitsluitend nieuwe bewoners of bestaande en nieuwe bewoners		BE60 Prijsverhogingen door andere kosten		TOTAAL	
	WZC/CVK	Totaal	WZC/CVK	Totaal	WZC/CVK	Totaal	WZC/CVK	Totaal
Q4 2015	16	18	14	17	14	21	44	56
Q1 2016	8	9	8	10	10	24	26	43
Q2 2016	3	5	8	8	25	30	36	43
Q3 2016	5	7	13	13	28	37	37	57
Totaal	32	39	43	48	77	112	152	199

Bron AZG

## 4 | Invloed op de betaalbaarheid van de zorg

### 4.1 Soorten tegemoetkomingen die de betaalbaarheid van het woonzorgcentrum kunnen verbeteren

#### 4.1.1 Tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB)

Ouderen die ten gevolge van een handicap ernstige moeilijkheden ondervinden bij het uitvoeren van alledaagse activiteiten (bv. koken, poetsen, etc.) kunnen gebruik maken van een tegemoetkoming hulp aan bejaarden. De tegemoetkoming is een forfaitair bedrag dat maandelijks wordt uitgekeerd om de bijkomende kosten ten gevolge van een verminderde zelfredzaamheid te vergoeden, nu onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming (Website FOD Sociale Zekerheid geraadpleegd op 21-11-2016).

Om aanspraak te maken op een tegemoetkoming hulp aan bejaarden moet er aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De voorwaarden zijn in onderstaande tabel terug te vinden.

**Tabel 4.1 Voorwaarden tegemoetkoming hulp aan bejaarden**

65 jaar of ouder zijn
Erkende handicap hebben
Ingeschreven zijn in het bevolkingsregister
Gedomicilieerd zijn in België en er werkelijk verblijven
Het inkomen mag bepaalde grenzen niet overschrijden, waarbij ook rekening wordt gehouden met het vermogensinkomen

Bron Website FOD Sociale Zekerheid geraadpleegd op 21-11-2016

Daarnaast is de mate van zelfredzaamheid bepalend voor de al dan niet toekenning van de tegemoetkoming. Een erkende arts onderzoekt in welke mate een persoon moeilijkheden ondervindt met een aantal vooropgestelde dagelijkse activiteiten (zie volgende tabel).

**Tabel 4.2 Criteria zelfredzaamheid**

Een verplaatsing maken
Een maaltijd bereiden en nuttigen
Jezelf verzorgen en aankleden
De woning onderhouden en huishoudelijke taken uitvoeren
Gevaar inschatten en vermijden
Contacten onderhouden met andere mensen

Bron Website FOD Sociale Zekerheid geraadpleegd op 21-11-2016

Aan elk van bovenstaande criteria wordt een score toegekend, gaande van 0 punten (geen moeilijkheden) tot en met 3 punten (onmogelijk zonder hulp van anderen). De scores per criteria worden opgeteld. De totale score bepaalt de zelfredzaamheidscategorie (zie tabel 4.3). Een minimum totale score van 7 punten geeft recht op een tegemoetkoming hulp aan bejaarden.

**Tabel 4.3 Zelfredzaamheidscategorie en maximale tegemoetkomingen (in euro)**

Zelfredzaamheidscategorie	Per jaar *	Per maand*
Categorie 1 (7–8 punten)	1 001,32	83,44
Categorie 2 (9-11 punten)	3 822,28	318,52
Categorie 3 (12-14 punten)	4 647,27	387,27
Categorie 4 (15-16 punten)	5 472,03	456,00
Categorie 5 (17-18 punten)	6 721,61	560,13

\* Bedragen sinds 1 juni 2016.

Bron Website Christelijke Mutualiteiten geraadpleegd op 22-11-2016

De bovenstaande bedragen zijn maximale tegemoetkomingen. Niet iedereen krijgt de maximale tegemoetkoming uitbetaald. Bij de berekening van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden wordt naast de zelfredzaamheidscategorie ook rekening gehouden met het totale gezinsinkomen. Het totale gezinsinkomen omvat het inkomen van de partner, het inkomen uit arbeid, een vervangingsinkomen en andere soorten inkomens, met name zowel uit roerend en onroerend vermogen.<sup>22</sup> Indien het totale inkomen hoger ligt dan een bepaald grensbedrag, zal dit in rekening worden gebracht en zal de tegemoetkoming lager liggen dan het maximum vastgestelde bedrag. Er is een vrijstelling van een bepaald deel van het inkomen op onroerend vermogen en voor het roerend vermogen wordt een opbrengst in rekening genomen van 6% (zie voorbeeld in bijlage 4, tabel b4.2). Het grensbedrag is afhankelijk van de gezinssituatie waarin de rechthebbende zich bevindt (zie tabel 4.4). Het uiteindelijke bedrag waar iemand recht op heeft, verschilt dus van persoon tot persoon (Website FOD Sociale Zekerheid geraadpleegd op 21-11-2016).

**Tabel 4.4 Gezinssituatie en grensbedrag totaal inkomen (in euro)**

Gezinssituatie	Grensbetrag totaal inkomen*
Categorie A: samenwonende	13 395,42
Categorie B: alleenstaande	13 395,42
Categorie C: personen ten laste	16 738,72

\* Bedragen sinds 1 juni 2016.

Bron Website FOD Sociale Zekerheid geraadpleegd op 22-11-2016

Vanaf 1 juli 2014 is de tegemoetkoming hulp aan bejaarden een bevoegdheid van de Vlaamse overheid. Tot eind 2016 bleef de FOD Sociale Zekerheid de tegemoetkoming organiseren. Vanaf 1 januari 2017 maakt de tegemoetkoming hulp aan bejaarden deel uit van de Vlaamse Sociale Bescherming. De zorgkassen behandelen sindsdien de dossiers en betalen de tegemoetkomingen uit (Website FOD Sociale Zekerheid geraadpleegd op 21-11-2016).

#### 4.1.2 Vlaamse zorgverzekering

Sinds 2001 bestaat de Vlaamse zorgverzekering. Iedere Vlaming die ouder is dan 25 jaar moet zich hierbij verplicht aansluiten. Om aanspraak te maken op de Vlaamse zorgverzekeringstegemoetkoming moet men jaarlijks een bijdrage betalen, gedurende vijf jaar ononderbroken in Vlaanderen of Brussel wonen en zwaar zorgbehoevend zijn (Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2010). Onder zorgbehoevendheid wordt een langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen verstaan. De Vlaamse zorgverzekeringstegemoetkoming bedraagt maandelijks 130 euro en is te besteden als vergoeding van niet-medische kosten, zowel thuis als in een residentiële voorziening. Vanaf de eerste dag van de

<sup>22</sup> Voor de impact van deze componenten zie het simulatierekenblad voor de THAB op de website van de Vlaamse Sociale Bescherming. Het simulatieblad is overgenomen van de FOD Sociale Zekerheid.

vierde maand na de aanvraagdatum wordt de tegemoetkoming uitbetaald door de zorgkassen (Website Agentschap Zorg en Gezondheid geraadpleegd op 21-11-2016).

Personen die in een woonzorgcentrum verblijven, krijgen de tegemoetkoming toegekend ongeacht hun zorgzwaarte. Om een beroep te doen op thuis- en mantelzorg moet de zorgbehoefte worden bewezen aan de hand van één van volgende attesten:

**Tabel 4.5** Criteria zorgbehoefte thuis- en mantelzorg

Minstens de score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging
Minstens de score 35 op de BEL-profielschaal
Minstens de score 15 op de medisch-sociale schaal voor evaluatie zelfredzaamheidsgraad voor integratietegemoetkoming
Minstens de score C op de evaluatieschaal tot staving aanvraag tot tegemoetkoming in een dagverzorgingscentrum of centrum voor kortverblijf
Minstens de score C op de evaluatieschaal tot staving aanvraag tot tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting
Bijkomende kinderbijslag op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal
Kine-E-attest (enkel geldig indien al drie jaar een positieve beslissing op basis van een indicatiestelling met de BEL-schaal)

Bron Website Agentschap Zorg en Gezondheid geraadpleegd op 21-11-2016

## 4.2 Betaalbaarheid van de remgelden in de gezondheidszorg

### 4.2.1 Verhoogde tegemoetkoming (en vroegere OMNIO statuut)

De verhoogde tegemoetkoming zorgt ervoor dat personen met een laag inkomen, met inbegrip van hun partner en personen ten laste, een lagere persoonlijke bijdrage (remgeld) moeten betalen voor een raadpleging van een dokter, bij een ziekenhuisverblijf, voor geneesmiddelen, etc. De verhoogde tegemoetkoming wordt ook 'voorkeursregeling' genoemd.

Sinds begin 2014 ging een nieuwe regeling in. Het OMNIO statuut, dat sinds 1 juli 2007 gezinnen in een moeilijke financiële situatie de mogelijkheid biedt om eveneens een betere vergoeding te krijgen van de medische kosten, werd samengevoegd met de regeling tot verhoogde tegemoetkoming. Beide werden samengevoegd tot één eenvormige regeling. De benaming 'verhoogde tegemoetkoming' wordt gebruikt (Website Christelijke Mutualiteiten geraadpleegd op 22-11-2016).

Er zijn twee manieren waarop een verhoogde tegemoetkoming kan worden verkregen. Enerzijds kan de tegemoetkoming automatisch worden toegekend, mits voldaan aan een aantal voorwaarden. Anderzijds gebeurt de toekenning op basis van een onderzoek naar het inkomen. Ook hier zijn voorwaarden aan verbonden.

#### 4.2.1.1 Automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming

Specifieke uitkeringen geven automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming. Dit geldt ook voor personen die onder een specifieke hoedanigheid zijn ingeschreven bij het ziekenfonds. Indien voldaan aan deze voorwaarden is een onderzoek van het inkomen niet nodig om de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

**Tabel 4.6 Automatische toekenning van de verhoogde tegemoetkoming**

<i>Uitkering</i>
Leefloon of gelijkgestelde steun van het OCMW gedurende drie volledige en ononderbroken maanden
Inkomensgarantie voor ouderen of gewaarborgd inkomen voor bejaarden
Tegemoetkomingen voor personen met een handicap (integratietegemoetkoming, inkomensvervangende tegemoetkoming, tegemoetkoming hulp aan bejaarden)
Toeslag voor kinderen met een handicap of aandoening met een erkenning van minstens 66% ongeschiktheid of 4 punten op de eerste pijler van de medisch sociale schaal
<i>Hoedanigheid</i>
Wees
Niet-begeleide minderjarige vreemdeling

Bron Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016

#### 4.2.1.2 Verhoogde tegemoetkoming op basis van het inkomen

Niet iedereen kan de verhoogde tegemoetkoming automatisch toegekend krijgen. Het is wel mogelijk om een aanvraag tot het bekomen van een verhoogde tegemoetkoming in te dienen bij het ziekenfonds. De aanvraag wordt dan onderzocht op basis van het inkomen. Er zijn twee mogelijkheden.

Ten eerste is dit mogelijk voor personen behorende tot één van de volgende specifieke groepen:

**Tabel 4.7 Specifieke groepen**

Weduwen
Invaliden
Gepensioneerden
Personen met een erkende handicap
Personen die minstens 1 jaar volledig werkloos of arbeidsongeschikt zijn
Eenoudergezinnen

Bron Website Christelijke Mutualiteiten geraadpleegd op 22-11-2016

Om effectief aanspraak te maken op de verhoogde tegemoetkoming moet er aan specifieke inkomensvoorwaarden worden voldaan. Het bruto jaarlijks gezinsinkomen moet lager zijn dan 18 002,48 euro. Per bijkomend gezinslid stijgt dit grensbedrag met 3 332,74 euro (bedragen geldend vanaf 1 juni 2016). Het gezinsinkomen is de optelsom van alle inkomens van de gezinsleden. Onder inkomens vallen o.a. bedrijfs- en beroepsinkomens, roerende en onroerende inkomsten, pensioenen, onderhoudsgeld, etc. Om het inkomen te berekenen worden het *bruto gezinsinkomen van de kalendermaand voor de aanvraag* tot verhoogde tegemoetkoming onderzocht. De samenstelling van het gezin wordt onderzocht op het moment van de aanvraag.

Ten tweede kunnen ook personen die niet tot één van de bovenstaande specifieke groepen behoren, maar toch geconfronteerd worden met een financieel moeilijke (gezins)situatie, ook een aanvraag indienen. Bij de berekening wordt gekeken naar het *bruto belastbaar gezinsinkomen van het jaar voor de aanvraag*. Bij aanvragen in 2016 wordt dus rekening gehouden met het gezinsinkomen van 2015. Het gezinsinkomen moet lager zijn dan 17 175,01 euro. Per extra gezinslid wordt dit bedrag verhoogd met 3 179,56 euro (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

#### 4.2.2 Maximumfactuur in de ziekteverzekering

De maximumfactuur is een systeem dat ervoor zorgt dat de kosten voor geneeskundige verzorging waarmee elk gezin wordt geconfronteerd binnen de perken blijven. De maximumfactuur garandeert

dat voor bepaalde gezondheidskosten niet meer moet worden uitgeven dan een maximum bedrag ('plafondbedrag'). Met andere woorden het is een financiële beschermingsmaatregel. Indien de medische kosten gedurende de loop van het jaar hoger oplopen dan het maximumbedrag, worden deze kosten volledig terugbetaald. Het ziekenfonds staat in voor de automatische terugbetaling van de gemaakte kosten boven het maximumbedrag. Dit gebeurt maandelijks.

Er zijn vier types maximumfactuur. Ieder type wordt gekenmerkt door een eigen berekening van het maximumbedrag aan kosten waarvoor personen zelf instaan (persoonlijke aandeel of remgeld) (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

Enkele voorbeelden van kosten tellen mee om het maximumbedrag te bereiken:

**Tabel 4.8 Voorbeeld kosten maximumfactuur**

Persoonlijk aandeel voor prestaties van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en andere zorgverleners
Persoonlijk aandeel voor technische prestaties (bv. operaties, labo-onderzoeken, röntgenfoto's, etc.)
Bepaalde kosten bij de opname in het ziekenhuis zoals het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs
Persoonlijk aandeel voor terugbetaalde geneesmiddelen en magistrale bereidingen (geneesmiddelen gemaakt door de apotheker zelf)
Supplementen voor implantaten
Etc.

Bron Website Christelijke Mutualiteiten geraadpleegd op 22-11-2016

#### 4.2.2.1 Sociale maximumfactuur

Personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, kunnen ook gebruik maken van de maximumfactuur. Het maximumbedrag ligt vast en bedraagt 450 euro per jaar (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

#### 4.2.2.2 Inkomens maximumfactuur

Iedereen komt in aanmerking voor een inkomens maximumfactuur. In tegenstelling tot de sociale maximumfactuur is het maximumbedrag niet vast, maar variabel. Het maximumbedrag is afhankelijk van het netto belastbaar gezinsinkomen van drie jaar eerder. Bijvoorbeeld voor de berekening van het maximumbedrag voor 2016 wordt rekening gehouden met het inkomen van 2013. Onder netto belastbaar gezinsinkomen worden alle inkomens van alle gezinsleden geteld. Hieronder vallen onder andere inkomens afkomstig van onroerende en roerende goederen en kapitalen, beroepsinkomens, etc. (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

Hoe hoger het netto belastbaar gezinsinkomen is, hoe hoger ook het totale maximumbedrag is. Dit is het bedrag van alle gezinsleden samen. Per inkomensschijf wordt een maximumbedrag vastgelegd. Voor 2016 zijn dit de maximumbedragen per inkomensschijf:

**Tabel 4.9 Maximumbedrag per inkomensschijf 2016 (in euro)**

Inkomensschijf 2016	Maximumbedrag
Tot 17 879,74	450
17 879,74-27 486,76	650
27 486,77-37 093,81	1 000
37 093,81-46 300,54	1 400
Vanaf 46 300,55	1 800

Bron Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering 2016



#### 4.2.2.3 Extra beschermingsmaatregel in behartenswaardige situaties

In 'behartenswaardige' situaties kan er bij de berekening van het maximumbedrag rekening worden gehouden met het huidige inkomen in plaats van met het inkomen van drie jaar eerder. Om te spreken van een behartenswaardige situatie moet er aan twee voorwaarden zijn voldaan.

Ten eerste moet het inkomen sinds het refertejaar aanzienlijk verminderd zijn. Ten tweede is er sprake van één van volgende situaties:

- de beroepsactiviteit is stopgezet;
- als zelfstandige voor meer dan een kwartaal vrijgesteld van de bijdragen aan het sociaal verzekeringsfonds;
- minstens zes maanden gecontroleerd volledig werkloos;
- minstens zes maanden arbeidsongeschikt (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

#### 4.2.2.4 Maximumfactuur voor kinderen jonger dan 19 jaar

De maximumfactuur voor kinderen jonger dan 19 jaar is een extra beschermingsmaatregel. Het maximumbedrag is een vast bedrag voor het individuele kind en bedraagt 650 euro. Dit ongeacht het gezinsinkomen (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

#### 4.2.2.5 Maximumfactuur voor chronisch zieken

De maximumfactuur voor personen met het statuut 'chronisch ziek' houdt in dat het maximumbedrag met 100 euro kan worden verminderd. Een vermindering van het maximumbedrag met 100 euro is ook mogelijk indien het remgeld voor een gezinslid in de twee voorgaande jaren telkens minstens 450 euro bedroeg. De verlaging is van toepassing op de inkomens maximumfactuur, de sociale maximumfactuur en de maximumfactuur voor kinderen jonger dan 19 jaar (Website Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering geraadpleegd op 22-11-2016).

Een voorbeeld ter verduidelijking:

Een gezin bestaat uit vader, moeder en twee kinderen. In 2014 hebben zij recht op een verhoogde tegemoetkoming. Bijgevolg hebben zij ook recht op de sociale maximumfactuur. Het maximumbedrag is 450 euro. In 2012 en 2013 was de moeder vaak ziek. Gedurende deze twee jaren liepen de medische kosten telkens op tot meer dan 450 euro. In 2014 zal het maximumbedrag daarom worden verlaagd met 100 euro. Het maximumbedrag van de sociale maximumfactuur zal dan 350 euro bedragen in plaats van 450 euro.

### 4.3 Problematiek van de betaalbaarheid van de woonzorgcentra voor de bewoner in realiteit

Woonzorgcentra zijn duur. Een verblijf in een woonzorgcentra kost in België gemiddeld 1 487 euro per maand aan de bewoner. De dagprijs omvat het merendeel van de kost (93% of 1 379 euro). De rest dient als vergoeding voor de supplementen (7% of 108 euro) (Socialistische Mutualiteiten, 2016). Uiteraard is dit maar één deel van de totale kostprijs van de woonzorgcentra (zie Pacolet & De Coninck, 2015). Een recente studie van de Socialistische Mutualiteiten brengt de omvang van de betaalbaarheid voor de bewoner in beeld. Het ligt mede aan de basis voor het pleidooi om een maximumfactuur in de WZC te introduceren, vergelijkbaar met wat bestaat in de ziekteverzekering. In het jongste rapport van de Commissie Vergrijzing wordt geïllustreerd hoe dat de bestaande stelsels van tegemoetkoming, de zorgverzekering en de inkomensgemoduleerde THAB, de betaalbaarheid aanzienlijk hebben verbeterd.

#### 4.3.1 Empirische evidentie op basis van de studie Socialistische Mutualiteiten/Solidaris

##### 4.3.1.1 Verschillen in de totale factuur voor de bewoner

Tussen de woonzorgcentra zijn er grote verschillen merkbaar in de totale prijs die zij doorrekenen aan de bewoners. Er zijn woonzorgcentra waar bewoners minder dan 1 045 euro per maand betalen. Daar staat tegenover dat er evenzeer bewoners zijn die meer dan 1 973 euro per maand moeten ophoesten. De prijsverschillen zijn te wijten aan de ligging, het kamertype en de eigendomsstructuur van het woonzorgcentra.

In Vlaanderen zijn de woonzorgcentra het duurst (gemiddeld 1 595 euro). Een verblijf in een Waals woonzorgcentra is het goedkoopst (gemiddeld 1 338 euro). In Brussel bedraagt de gemiddelde kost voor een verblijf in een woonzorgcentra (1 497 euro). Ook tussen de verschillende provincies zijn prijsverschillen op te merken. Antwerpen is de duurste provincie (gemiddeld 1 725 euro). Hene-gouwen dan weer de goedkoopste (gemiddeld 1 252 euro).

Ook het type kamer is een factor die de prijs beïnvloedt. Een eenpersoonskamer kost minder dan een tweepersoonskamer. Het merendeel van de bewoners (88%) opteert voor een eenpersoonskamer. In Vlaanderen kost een eenpersoonskamer gemiddeld 1 611 euro per maand. De gemiddelde kost van een tweepersoonskamer is 1 471 euro. Merk op dat de wereld van verschil tussen beide kamertypes toch maar 140 euro is per maand, een goede 4 euro per dag (een kleine 10%).

De eigendomsstructuur is eveneens een bepalende factor voor de prijs. Een openbare instelling is het goedkoopst in heel België: een gemiddelde maandkost van 1 237 euro in Wallonië, 1 362 euro in Brussel en 1 534 euro in Vlaanderen. Een verblijf in een vzw-instelling is het duurst in Vlaanderen (1 637 euro) en Brussel (1 756 euro). In Wallonië is een commercieel woonzorgcentrum het duurst (1 388 euro) (Socialistische Mutualiteiten, 2016).

##### 4.3.1.2 Verschillen in de dagprijs

Het grootste deel van de bewonersfactuur bestaat uit de dagprijs (93%). De dagprijs wordt niet gemoduleerd in functie van de zorgbehoefte van de bewoner, noch het inkomen of de gezinssamenstelling. De overheid bepaalt welke diensten er minimaal in de dagprijs vervat zitten, maar de woonzorgcentra kunnen in grote mate zelf de dagprijs bepalen. De gemiddelde dagprijs in België bedraagt 1 379 euro per maand. Omgerekend is dit 46 euro per dag.

Maar, afhankelijk van de regio, zijn er verschillen merkbaar tussen de dagprijzen die worden aangerekend. De Vlaamse dagprijs is het hoogst (50 euro per dag), gevolgd door Brussel (45 euro per dag) en Wallonië (41 euro per dag).

Naast de ligging van de woonzorgcentra speelt ook hier het kamertype en de eigendomsstructuur van de woonzorgcentra een rol in de prijs die wordt aangerekend. Gemiddeld kost een verblijf in een eenpersoonskamer 48 euro per dag. Een tweepersoonskamer kost 40 euro per dag. Een meerpersoonskamer is het goedkoopst, 37 euro per dag.

De eigendomsstructuur bepaalt dat op Belgisch niveau een verblijf in vzw-woonzorgcentra het duurst is. Namelijk 48 euro per dag. In commerciële woonzorgcentra betaalt de bewoner 45 euro per dag. Met een dagprijs van 44 euro zijn de OCMW woonzorgcentra het goedkoopst.

Tot slot zijn er nog andere factoren die mogelijks mee de hoogte van de dagprijs bepalen. Het gaat om de personeelsbezetting, het comfort en de kwaliteit, de ouderdom van de gebouwen, de rentelasten van de aangegane leningen, etc. (Socialistische Mutualiteiten, 2016).

##### 4.3.1.3 Verschillen de prijs van de supplementen

Bijna alle bewoners (95%) van een woonzorgcentra betalen voor supplementen. Maar ook hier zijn er verschillen merkbaar. Er zijn bewoners die maandelijks meer dan 283 euro betalen. Daar staat tegenover dat er ook bewoners zijn die niets extra betalen.

De bedragen die voor de supplementen worden aangerekend zijn het hoogst in Brussel (142 euro). Ook in de vzw-sector lopen de bedragen voor de supplementen hoog op (gemiddeld 189 euro in

Brussel, 126 euro in Vlaanderen en 121 euro in Wallonië). In de openbare sector liggen de bedragen die gemiddeld voor de supplementen worden gevraagd lager (80 euro). De prijs die een bewoner betaalt voor de supplementen is ook afhankelijk van zijn specifieke zorgbehoefte. Personen met een hogere zorgbehoefte hebben over het algemeen ook hogere kosten (Socialistische Mutualiteiten, 2016).

#### 4.3.1.4 (On)betalbaarheid

Voor steeds meer bewoners dreigt een verblijf in een woonzorgcentrum onbetaalbaar te worden. Drie vierde van de ouderen beschikt niet over een voldoende hoog totaal inkomen om hun factuur te betalen. Enkel een pensioen biedt geen garantie dat de rekeningen kunnen worden betaald. Het gemiddelde pensioen voor een alleenstaande man met een loopbaan als werknemer bedraagt gemiddeld 1 075 euro per maand. Voor vrouwen is dit maar 776 euro per maand. Dit is niet voldoende om de gemiddelde totaalkost van de Vlaamse woonzorgcentra (1 595 euro) te betalen. Een ambtenarenpensioen is meestal wel hoog genoeg om de kosten van het woonzorgcentrum te dekken. Voor mannen bedraagt het ambtenarenpensioen gemiddeld 2 505 euro per maand en 1 884 euro voor vrouwen. Maar voor velen is de betaalbaarheid van een woonzorgcentra echter problematisch (Socialistische Mutualiteiten, 2016). Er zijn echter een aantal tegemoetkomingen die dit deels of volledig compenseren.

#### 4.3.2 Impact van bestaande tegemoetkomingen op de betaalbaarheid (Rapport Vergrijzingscommissie 2016)

In het jaarlijks verslag van de studiegcommissie voor de vergrijzing van de Hoge Raad van Financiën (juli 2016) wordt beschreven in welke mate ouderen een verblijf in een woonzorgcentrum kunnen financieren via de sociale uitkeringen waar ze recht op hebben, hun pensioen en andere tegemoetkomingen. De analyse gebruikt de hierboven beschreven kostprijs voor de bewoners. Bij de berekeningen wordt er uitgegaan van een alleenstaande oudere met een pensioen dat kan variëren tussen 12 000 euro en 23 000 euro per jaar. De tegemoetkoming hulp aan bejaarden en de Vlaamse zorgverzekering wordt mee in rekening gebracht.

Uit het verslag blijkt dat voor ouderen die enkel over een laag tot middelmatig pensioen beschikken het verblijf in een woonzorgcentrum onbetaalbaar is. Enkel voor een woonzorgcentrum in Brussel of Wallonië en op een minimaal niveau is het verblijf wel enigszins betaalbaar met een minimaal pensioen. Dankzij de tegemoetkoming hulp aan bejaarden en de Vlaamse zorgverzekering is een woonzorgcentrum wel betaalbaar voor de meest zorgbehoevende ouderen. Ouderen met lage tot middelmatige zorgbehoeften en een pensioen rond of iets boven het minimum ervaren wel betaalbaarheidsproblemen. Hierdoor blijkt de tegemoetkoming toch niet volledig geschikt te zijn om de betaalbaarheid op te lossen. Eens men een zeker inkomen heeft, en het stelsel houdt ook rekening met het vermogen, daalt de tegemoetkoming en de tegemoetkoming is ook laag wanneer men weinig hulpbehoevend is terwijl de dagprijs voor iedereen dezelfde is, of men nu veel of weinig hulpbehoevend is. Integendeel, voorzieningen die veel personen met een lage graad van hulpbehoevendheid hebben, zullen minder financiering ontvangen via het instellingsforfait en zullen bijgevolg de dagprijs moeten optrekken.

Indien de ouderen met lage tot middelmatige zorgbehoeften goed omkaderd worden (formele en informele zorg), kunnen zij thuis blijven wonen. Als er betaalbaarheidsproblemen optreden, kan het OCMW bijspringen. Het bedrag kan dan worden verhaald op de kinderen van de oudere. Het OCMW kan dan ook stellen dat de ouderen eerst een beroep doet op inkomsten uit zijn vermogen (verkoop van het huis). Dit is voor sommige ouderen een drempel.

De Vergrijzingscommissie merkt ook op dat de bezorgdheid omtrent de betaalbaarheid van de woonzorgcentra mee wordt aangewakkerd door de prijsstijgingen in de dagprijs die in het recente verleden zijn doorgevoerd. Zij citeert dat tussen 2010 en 2016 de dagprijs in België steeg met 21%,

dit terwijl de gezondheidsindex slechts met 11% toenam. De vrees bestaat dat deze prijsstijgingen zich naar de toekomst toe zullen verderzetten. (Jaarlijks verslag 2016, Studiecommissie voor de vergrijzing, p. 40). Voor ons illustreert het de gevoeligheid van ook de Vergrijzingscommissie voor de prijsevolutie, die overigens dezelfde is als diegene die wij in beeld brengen in punt 2.4.

#### 4.4 Huidig prijsniveau

Einde 2016 publiceerde het Agentschap Zorg en Gezondheid het resultaat van een nieuw registratiesysteem van de dagprijs voor de woonzorgcentra. Terwijl in het verleden twijfel was gerezen over de betrouwbaarheid van de beschikbare statistieken over de dagprijs (niet steeds correcte prijzen, rekenkundig gemiddelde in plaats van gewogen gemiddelde) werd in mei 2016 aan alle woonzorgcentra gevraagd de verschillende gehanteerde dagprijzen aan te geven. De 765 woonzorgcentra gaven voor niet minder dan 3 198 verschillende soorten kamertypes een aparte dagprijs op. Deze werden samengevat naar type kamer (éénpersoonkamer, tweepersoonkamer, meerpersoonkamer) en per voorziening. Het valt hierbij op dat er nog amper meerpersoonkamers bestaan (nog 10 voorzieningen die samen 165 plaatsen in drie- of vierpersoonkamers hebben), terwijl ook het aantal tweepersoonkamers beperkter is geworden. Het AZG publiceerde ook gewogen gemiddelde prijzen, in totaal en naar type voorziening en naar Provincie.

In tabel 4.10 geven wij het aantal voorzieningen, hun capaciteit en de gewogen dagprijs per type voorziening, voor éénpersoonkamers en tweepersoonkamers en in totaal. Voor de hele sector zijn er nog bij 61% van de voorzieningen nog ongeveer in totaal 9,5% tweepersoonkamers. Hierbij valt op dat de prijs tussen de type aanbieders voor de tweepersoonkamers niet zo sterk verschilt. Het verschilt wel aanzienlijk voor de éénpersoonkamer. Deze is het hoogste in de commerciële voorzieningen, ligt tussenin voor de private non-profit en het laagst voor de openbare sector. Het maakt voor de laatste wel dat bij de OCMW 's het prijsverschil tussen de twee type kamers het kleinst is, nog geen 4 euro op amper 7% verschil. Tegelijk valt op dat zij van alle types voorzieningen, relatief minder tweepersoonkamers hebben, amper 6,5% van de totale capaciteit. De andere subsectoren hebben nog een hoger aandeel tweepersoonkamers.

Deze individuele gegevens werden door het Agentschap Zorg en Gezondheid per voorziening ook gepubliceerd zodat bijvoorbeeld per gemeente en per type voorziening, OCMW, vzw, commerciële voorzieningen, een vergelijking mogelijk is. De prijsnotering is een 'nulmeting' zodat naar de toekomst toe een meer nauwkeurig zicht kan worden bekomen op de prijsevolutie.

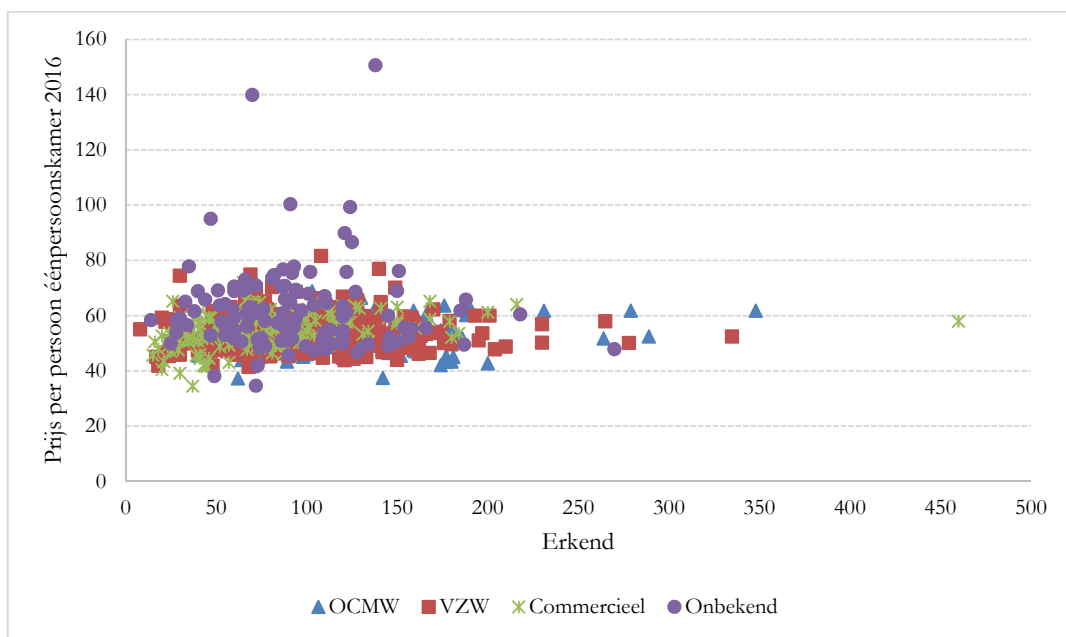
In onderstaande grafiek geven wij een scatterdiagram van de individuele waarnemingen, naar aantal plaatsen. De grote variatie valt op. Wij zien dat het gros van de observaties ligt tussen 50 en 150 plaatsen met een uitschieter van 450 plaatsen. De dagprijs ligt tussen 40 en 60 euro.

Tabel 4.10 Nulmeting dagprijs WZC 1 mei 2016, naar kamertype en juridisch statuut en totaal

		Totaal	Eénpersoons-kamer	Tweepersoons-kamer	Aandeel voorzieningen dat nog tweepersoonskamers heeft en capaciteit tweepersoonskamer in totaal en prijs tweepersoonskamer als % van prijs éénpersoonskamer
Openbaar	Aantal voorzieningen	213	213	90	42,3
	Capaciteit	23 211	21 585	1 510	6,5
	Dagprijs	52,23	52,52	48,72	93,3
Profit	Aantal voorzieningen	121	121	91	75,2
	Capaciteit	10 082	8 755	1 311	13,0
	Dagprijs	59,04	60,53	49,4	83,7
Social Profit	Aantal voorzieningen	431	431	291	67,5
	Capaciteit	41 404	37 070	4 301	10,4
	Dagprijs	54,85	55,39	50,17	91,5
Totaal	Aantal voorzieningen	765	765	472	61,7
	Capaciteit	74 697	67 410	7 122	9,5
	Dagprijs	54,6	55,14	49,72	91,1

Bron Agentschap Zorg en Gezondheid, Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum?, Nulmeting 2016

Figuur 4.1 Nulmeting dagprijs: dagprijs 2016 versus erkende capaciteit



Bron VAZG en databank SWVG II project

Voor verdere analyse hebben wij de nulmeting van 2016 (766 voorzieningen) gekoppeld aan de databank die wij in 2012 hebben geconstrueerd voor alle residentiële voorzieningen (748 voorzieningen). Per saldo zijn er 18 voorzieningen bijgekomen. Niet alle voorzieningen konden worden teruggevonden omdat zij van naam of eigendom veranderen of volledig nieuw zijn. Zo zijn er 31 vzw's

bijgekomen en zijn er 13 openbare voorzieningen minder. Van de 766 voorzieningen waarvan in 2016 de nulmeting van de dagprijs is genoteerd, zijn er 123 niet in beide databanken geïdentificeerd.

De indeling naar eigendomsstructuur is in de officiële rapportering van het Agentschap Zorg en Gezondheid naar het juridisch criterium. Zoals vroeger aangetoond bestaat er een verschil tussen deze juridische definitie en het economisch eigendomstatuut. In Pacolet en De Coninck (2015) maakten wij voor 2012 reeds een uitzuivering van dit juridische statuut door naar de werkelijke eigenaars te gaan zoeken. Van de 400 vzw's werden er uiteindelijk maar 344 als 'echte' vzw weerhouden, terwijl de overige werden geherkwalificeerd als commerciële voorziening na verificatie van de publiek beschikbare informatie over de eigenaars of groepen achter de eigenaars. Daardoor steeg het werkelijk aantal private 'for-profit' voorzieningen van 122 naar 177. Overigens maakte ook het RIZIV in het verleden reeds een correctie van deze categorieën.

**Tabel 4.11**      **Vergelijking populatie Nulmeting dagprijs WZC 1 mei 2016 met situatie 2012, en vergelijking met situatie mei 2017**

	<b>Openbare sector</b>	<b>Private non-profit</b>	<b>Private for-profit</b>	<b>Totaal</b>
<i>Populatie meting mei 2017</i>				
Aantal voorzieningen	218	450	135	803
<i>Populatie nulmeting mei 2016</i>				
Aantal voorzieningen	213	431	121	765
<i>Oorspronkelijke populatie op basis van juridisch criteria 2012</i>				
Aantal voorzieningen	226	400	122	748
Aantal woongelegenheden per type speler	23 793	37 132	8 779	69 704
Aantal woongelegenheden in %	34,1%	53,3%	12,6%	100,0%
<i>Weerbouden populatie op basis van economische criteria 2012</i>				
Aantal voorzieningen	227	344	177	748
Aantal woongelegenheden per type speler	24 276	33 006	12 421	69 703
Verskil met oorspronkelijk aantal woonheden	483	-4.126	3.642	-1
Verskil in % van het oorspronkelijk aantal	2,0%	-11,1%	41,5%	0,0%
Aantal woongelegenheden in %	34,8%	47,4%	17,8%	100,0%
Weerhouden woongelegenheden in de analyse	18 747	28 521	10 993	58 261
In % van het totaal aantal woongelegenheden per type speler	77,2%	86,4%	88,5%	83,6%
Aantal woongelegenheden binnen ondernemingen met volledig boekhoudkundig schema	18 747	25 385	6 506	50 638
In % van het aantal woongelegenheden per type speler	77,2%	76,9%	52,4%	72,6%
In % van de totale sector	26,9%	36,4%	9,3%	72,6%
In aantal voorzieningen	178	237	79	494
In aantal ondernemingen	178	171	49	398

Bron Zorg en Gezondheid, Hoeveel bedraagt de gemiddelde dagprijs in uw woonzorgcentrum? Nulmeting 2016 en Pacolet & De Coninck (2015) en nota Jürgen Claes over meting dagprijs mei 2017.

**Tabel 4.12 Aantal voorzieningen geïdentificeerd in de twee databanken 2012 en 2016, naar juridisch statuut en werkelijk economische eigendom**

	HIVA classificatie	RIZIV-statuu t 2012	Juridisch statuut	
Type voorziening	Aantallen	Aantallen	Type voorziening	Aantallen
OCMW	200	197	OCMW	196
vzw	301	318	vzw	346
Commercieel	142	127	Vennootschap	99
			Andere	2
Subtotaal	643	642	Subtotaal	643
Niet gekend	123	124	Niet gekend	123
Totaal	766	766	Totaal	766

Bron Vergelijking databank HIVA 2012 met databank nulmeting mei 2016 van het Agentschap Zorg en Gezondheid, en nota Jurgen Claes over meting dagprijs mei 2017.

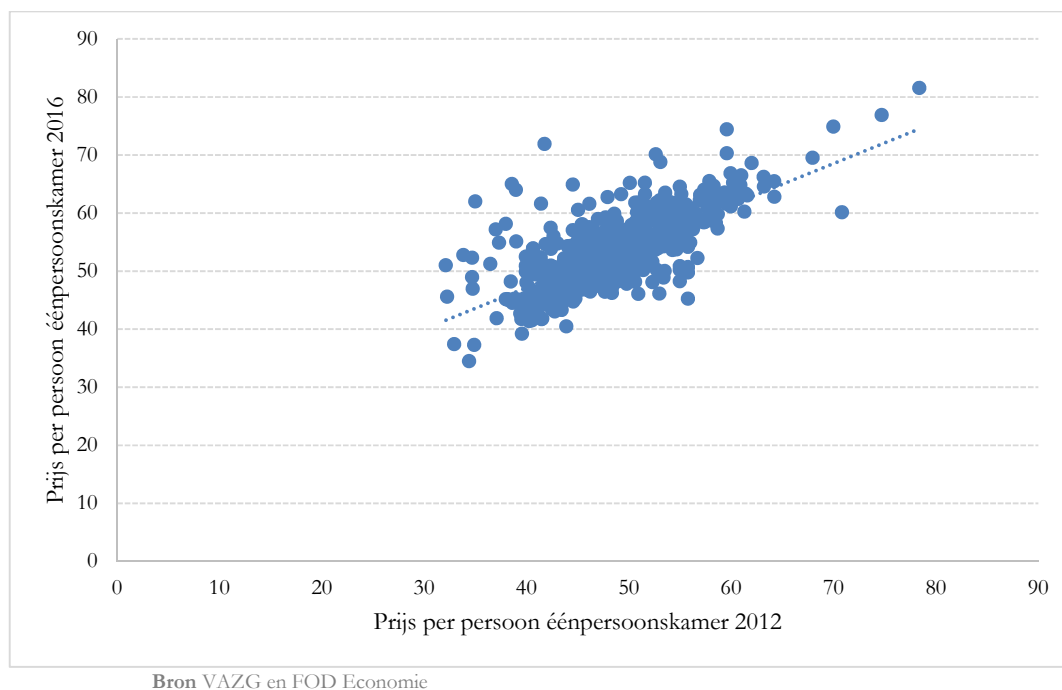
In tabel 4.12 geven wij het aantal voorzieningen weer die geïdentificeerd werden in de databank van de nulmeting 2016, naar het oorspronkelijk statuut en naar het werkelijk economisch statuut. Ook de herkwalficatie die het RIZIV in 2012 al hanteerde werd gebruikt. Voor 123 voorzieningen werd geen voorziening geïndiceerd in de 2012 databank. Hieruit blijkt dat het aantal commerciële voorzieningen aanzienlijk hoger is als wij het economisch criterium van eigendom gebruiken, in plaats van het juridisch criterium. In tabel 4.11 zijn ook de aantallen naar juridisch statuut weergegeven voor de totale sector in mei 2016 en mei 2017.

De vergelijking van de twee databanken laat toe om de dagprijs in de nulmeting te vergelijken met de financiële situatie in 2012, maar ook met de dagprijs die op basis van gegevens van de FOD Economie beschikbaar was in dat jaar. Afgezien van de beperkingen van deze dagprijs in 2012<sup>23</sup> is het mogelijk om het prijsverschil tussen de twee observatiemomenten te noteren. In hoofdstuk 5 bespreken wij de relatie tussen het prijsniveau, de prijswijziging en de financiële resultaten.

Ondanks de problemen van betrouwbaarheid wat het absolute niveau betreft, maken wij toch een vergelijking met de laatst bekende cijfers van de FOD Economie. In figuur 4.2 vergelijken wij beide prijzen en zien een redelijk grote correlatie tussen beide prijsnoteringen. Enkel bij de in 2012 nog lage prijsniveaus zien wij in 2016 een hogere prijs dan verwacht, wat wijst op een inhaalbeweging. De correlatie tussen beide prijsnoteringen is 0,7. Gemiddeld veranderde de prijs in die periode met 10%. Dit is niet de exacte prijsevolutie over de voorbije vier jaar, omdat de prijs van 2012 een overschatting of een onderschatting kan zijn. Maar wij hebben geen reden om aan te nemen dat deze vertekening anders gaat zijn naar de verschillende organisatievormen. En om dat verschil is het ons te doen. Dit bespreken wij verder in tabel 4.18.

<sup>23</sup> In 2012 berekende FOD Economie de dagprijs per instelling als rekenkundig gemiddelde van alle prijzen die in de voorziening worden gehanteerd. Normaal zou dat ook moeten gewogen worden met het aantal woongelegenheden waarvoor een bepaalde prijs wordt gehanteerd. In de nulmeting van mei 2016 wordt die weging wel doorgevoerd. Zie ook Pacolet en De Coninck (2015, p. 117).

**Figuur 4.2** Relatie tussen nulmeting 2016 en prijs FOD Economie in 2012



#### 4.5 Impact van prijsverhogingsaangifte

Op basis van een ruime steekproef van prijsverhogingsaangiften kunnen wij vooreerst nagaan wat de omvang is van de prijsverhoging, wat de impact is van de prijsreglementering zelf, en wat de impact is op de betaalbaarheid voor de bewoners.

Wij analyseren de impact van de prijsreglementering op de prijsaanvraag en de toegekende prijsverhogingen.

##### 4.5.1 Structuur van de prijsverhogingsaangiften

De steekproef slaat op 62 cases op een totaal van 157 dossiers die zijn ingediend in de periode van het vierde kwartaal 2015 tot en met het derde kwartaal 2016. In bijlage geven wij de variabelen die wij weerhouden hebben uit het aangifte dossier en die wij gebruikten voor verdere berekeningen.

Een eerste vaststelling is evenwel dat er bijna geen dossiers van commerciële woonzorgcentra voorkomen. Een mogelijkheid is dat zij als nieuwe voorziening vooral nieuwe prijsaangiften indienen, maar dat geldt uiteraard niet voor de bestaande erkenningen.

Opmerkelijk is verder dat er verhoudingsgewijs weinig A60 dossiers, dossiers voor prijsverhogingen ten gevolge van nieuwe infrastructuurinvesteringen voor bestaande kamers van bestaande voorzieningen, worden ingediend. Uiteraard betreft dit prijsverhogingen omwille van minder frequente aanpassingen.

In onderstaande tabel vergelijken wij de gemiddelde oude en nieuw dagprijs in de steekproef met de populatie van de nulmeting. Wij zien een ondervertegenwoordiging van de commerciële woonzorgcentra terwijl zij blijkbaar ook eerder aan de kleine kant zijn, terwijl het vooral de OCMW's zijn die in de voorbije periode een prijsverhoging hebben ingediend: bijna 13% van de voorzieningen, die ook staan voor 11,3% van de capaciteit. Dit betekent dat wat gemiddelde grootte betreft, deze voorzieningen in lijn liggen met de totale populatie. De vzw's zitten in een middenpositie, met 7,2% van hun voorzieningen en ook 7,2% van de capaciteit. Ook voor de totale sector komt de capaciteit goed

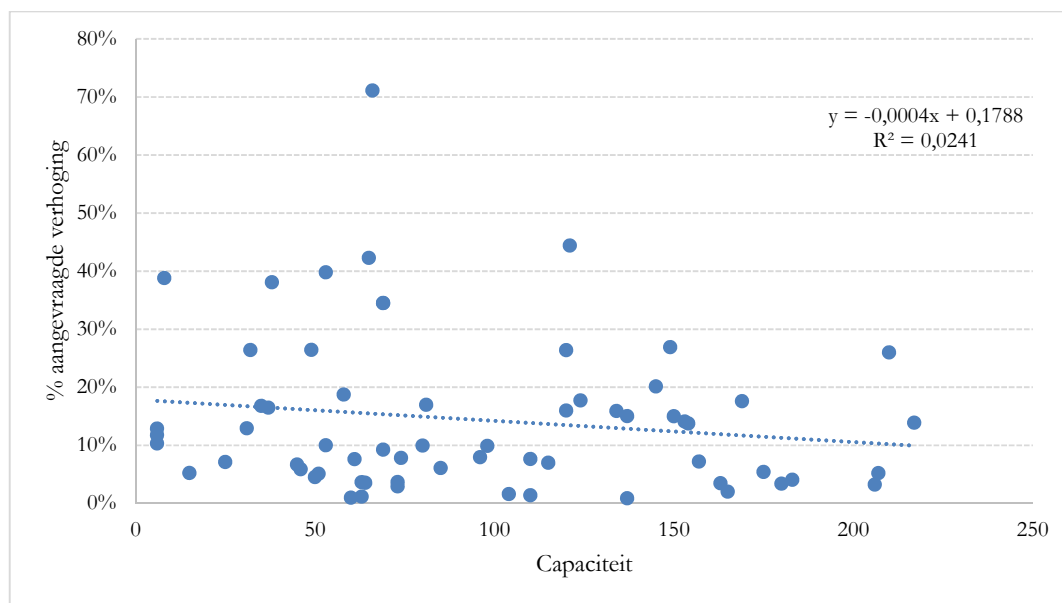


overeen met de totale populatie. De oude dagprijs van de voorzieningen ligt steeds beneden de nulmeting, en de nieuwe prijs ligt er reeds boven, wat in lijn ligt met de verwachtingen. Want de nieuwe prijs gaat soms pas in na het moment van de nulmeting, mei 2016. De verhoudingen van het prijsniveau tussen de drie subsectoren ligt in lijn met het beeld dat wij hebben van de totale sector. Onderstaande tabel is gebaseerd op de indeling naar juridisch statuut zoals gekend in de prijsverhogingsaangiften. In tabel 4.20 berekenen wij vergelijkbare prijzen naar het juridisch statuut dat deze voorzieningen hebben in mei 2017. Wij zien dat zelfs in die korte periode een aantal instellingen een andere statuut krijgen, laat staan dat het economisch statuut nog anders is dan het juridisch statuut. Zeker met een kleine steekproef kunnen de cijfers dan aanzienlijk anders zijn, wat maakt dat men de geobserveerde veranderingen ook met meer omzichtigheid moet interpreteren. Enkel een analyse van de volledige sector of van alle prijsverhogingen levert definitief interpreteerbare resultaten op.

**Tabel 4.13**      **Vergelijking profiel voorzieningen in de steekproef met de nulmeting, volgens juridisch statuut**

		<b>Totaal en dagprijs in de nulmeting</b>	<b>Steekproef en nieuwe dagprijs</b>	<b>Oude dagprijs steekproef</b>	<b>Aandeel steekproef in totale sector</b>
Openbaar	Aantal voorzieningen	213	27		12,7
	Capaciteit	23 211	2 630		11,3
	Dagprijs	52,23	56,10	49,6	
Profit	Aantal voorzieningen	121	5		4,1
	Capaciteit	10 082	327		3,2
	Dagprijs	59,04	62,30	52,2	
Social Profit	Aantal voorzieningen	431	31		7,2
	Capaciteit	41 404	3 042		7,3
	Dagprijs	54,85	57,90	52,2	
Totaal	Aantal voorzieningen	765	64		8,4
	Capaciteit	74 697	6 068		8,1
	Dagprijs	54,60	57,30	51,1	

**Figuur 4.3** Relatie tussen aangevraagde prijsverhoging en schaal



Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

#### 4.5.2 Impact van de prijsreglementering op de prijsverhogingen

Opvallend is dat de aangevraagde prijsverhoging bijna steeds overeenstemt met de goedgekeurde prijsverhoging. Dit wordt voor alle dossiers geïllustreerd in figuur 4.4 Maar de prijsverhoging die aangevraagd is en toegekend wordt, verschilt wel duidelijk naar type dossier. Op basis van de tabellen 4.15 en 4.16 kunnen we besluiten dat de prijsverhogingen voor nieuwe producten voor voorzieningen met een bestaand erkenningsnummer (A30) de grootste prijsverhoging kennen, met name gemiddeld 10,3 euro of 20,6%. Men vertrekt bij deze aangiften vaak van een prijs beneden de 50 euro, en bovendien is de prijs vaak onmiddellijk al van toepassing op nieuwe bewoners zodat daar helemaal geen beperking speelt.

Voor de prijsverhogingen omwille van infrastructuurinvesteringen bij bestaande producten (A60) is de prijsverhoging gemiddeld 6,1 euro of 12,5%. Voor de doorgaans geringere overige investeringen en prijsverhogingsdossiers (BE) is de gemiddelde prijsverhoging 2,4 euro of 5,1%.

Naar eigendomsstructuur zien wij dat de drie subsectoren ongeveer allemaal eenzelfde prijsverhoging kennen, de commerciële iets hoger, de openbare tussenin en de vzw's kenden de laagste prijsverhogingen toe. Gezien het beperkt aantal dossiers zijn deze verschillen echter niet noodzakelijk representatief.

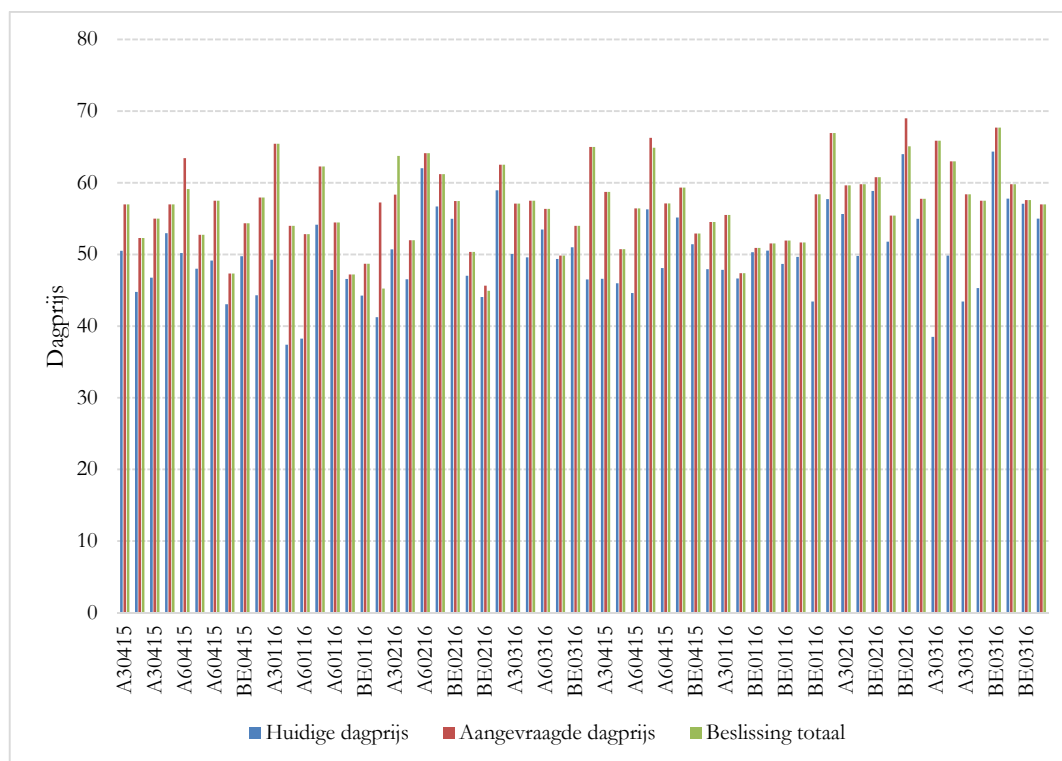
Het betreft hier reële prijsverhogingen, dus wij moeten er mee rekening houden dat voordien, of na een jaar, ook indexeringen aan het algemeen prijsniveau zullen optreden. Het is vooralsnog onduidelijk of de huidige prijsverhogingen met inbegrip van de indexering zijn, want dat zou de reële prijsverhoging kunnen milderen.

Wij gaan nader in op de prijsverhogingsaangiften naar type van de aanvraag, naar type voorziening en over de tijd. In volgende drie grafieken worden de stijgingspercentages weergegeven. Wij zien geen opmerkelijke evolutie over de tijd, ook niet naar eigendomsstructuur, maar wel naar type dossier. De prijsverhoging is het laagst bij de BE-dossiers (5,1%), tussenin bij de A60 dossiers voor de bestaande producten (12,5%) en het hoogst voor de nieuwe producten onder bestaande erkenningen A30 (20,6%). In de tabel 4.15 geven wij ook de capaciteit die gepaard ging met deze dossiers, en dan blijkt enerzijds dat er relatief weinig A60 dossiers voor aanpassingen van bestaande producten voorkwamen, vooral op het einde van de periode, maar dat het wel relatief grote dossiers betreft van een

capaciteit van 100 plaatsen. Maar ook de A30 dossiers hebben gemiddeld deze schaal en het zijn enkel de BE-dossiers die slaan op een capaciteit van gemiddeld 82 plaatsen.

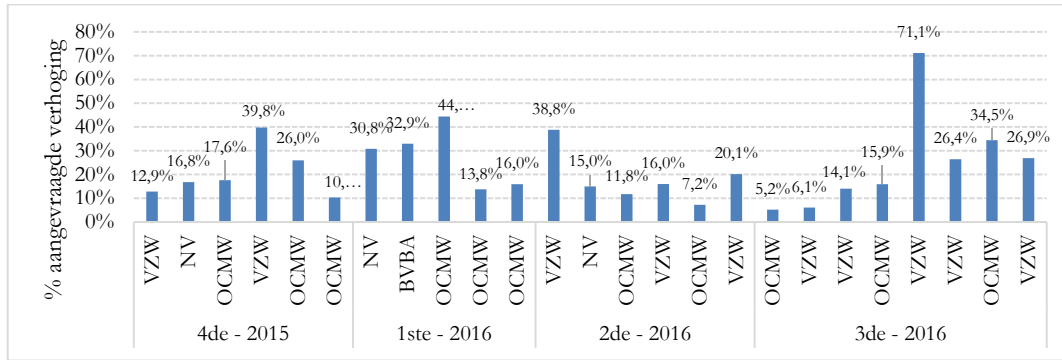
In tabel 4.14 zien wij dat de mediaanwaarde van de aangevraagde prijsstijging niet verschilt van de toegekende prijsstijging. Dit illustreert de transparantie van de huidige prijsreglementering voor de aanvragers en de invloed die het heeft op de aangevraagde prijsverhogingen. Men kan slechts prijsverhogingen aanvragen die in lijn liggen van de normen die men hanteert. De tabel 4.14 laat verder zien dat de mediaan van de verantwoordingen van de prijsverhogingen, het dubbele is van de aangevraagde prijsverhogingen. Het betekent enerzijds dat men geen overdreven prijsverhogingen aanvraagt, aangezien de verantwoording aanzienlijk hoger licht. Het zou ook kunnen impliceren dat de prijsverhogingen al bij al onvoldoende zijn, zodat de prijsverhoging niet bijdraagt tot het financiële evenwicht van de voorzieningen. Op basis van de informatie die sindsdien is bijgekomen over het werkelijke prijsniveau dat van toepassing is in mei 2017 blijkt dat de prijzen nog altijd lager liggen dan finaal goedgekeurd, wat opnieuw eerder de hypothese bevestigt dat de prijsverhogingen eerder/voldoende ruimhartig zijn (zie verder). Bij presentatie van interim versies van voorliggend rapport signaleert de sector overigens dat hogere prijzen toch niet gehanteerd kunnen worden uit vrees voor de concurrentie en in sommige gevallen worden zelfs kortingen toegestaan, bijvoorbeeld om een nieuwe capaciteit te lanceren. De vraag is dan ook of deze normen verantwoord zijn, en waarop zij gebaseerd zijn. Blijkbaar zijn zij geïnspireerd op de vigerende regels bij de FOD Economie. Het betekent ook dat er wat schort aan de transparantie van de totale kostprijsstructuur, wat blijkbaar verholpen wordt bij de verantwoording die zal gevraagd worden in de aanvragen voor het VIPA-infrastructuurforfait.

**Figuur 4.4** Relatie huidige prijsniveau en aangevraagde en toegelaten nieuwe dagprijs



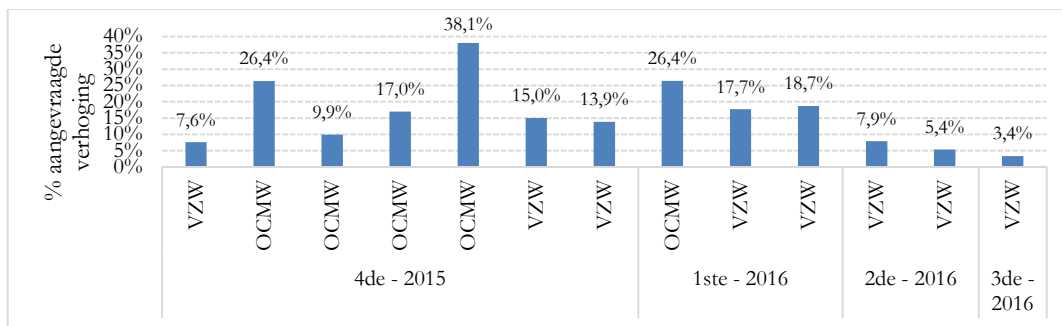
Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

**Figuur 4.5** Prijsverhogingen in de A30-dossiers



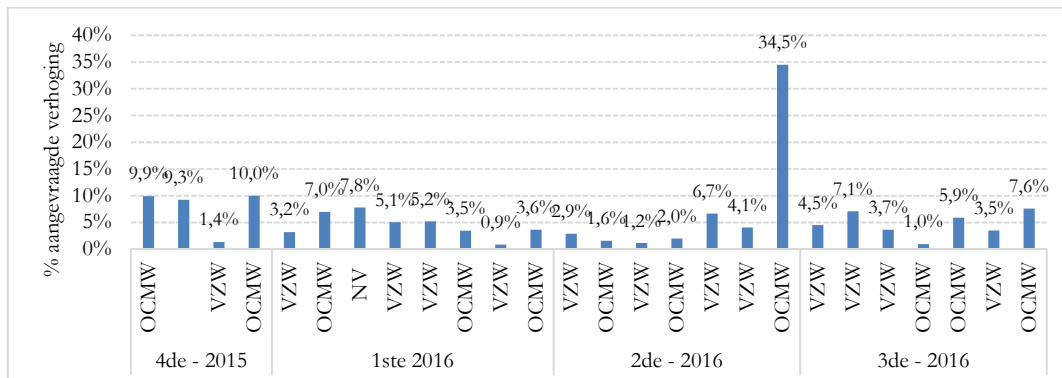
Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

**Figuur 4.6** Prijsverhogingen in de A60-dossiers



Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

**Figuur 4.7** Prijsverhogingen in de BE-dossiers



Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

**Tabel 4.14** Aantal dossiers, capaciteit en mediaanwaarden voor de verantwoorde prijsstijging, de aangevraagde en toegestane prijsverhogingen

Mediaan	Capaciteit (aantal woonheden)	% verhoging verantwoord	% verhoging aangevraagd	% verhoging beslissing
<i>Naar type dossier</i>				
A30	2 456	27,1	16,4	16,8
A60	1 395	28,4	16,0	16,1
BE	2 217	5,4	4,3	4,1
<i>Naar kwartaal</i>				
4de 2015	1 314	22,2	16,8	16,0
1ste 2016	1 647	27,0	13,8	13,8
2de 2016	1 401	18,2	7,2	7,1
3de 2016	1 706	7,7	5,6	6,0
<i>Naar voorziening</i>				
OCMW	2 630	22,1	10,3	11,8
vzw	3 042	16,8	7,1	7,1
Profit	327	30,8	16,8	27,7
Totaal	6 068	20,1	10,0	10,0

Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

**Tabel 4.15** Aantal dossiers, capaciteit en gemiddelde prijsverhogingen in % van de oorspronkelijke prijs

Gemiddelde	Capaciteit	% verhoging aangevraagd
<i>Naar type dossier</i>		
A30	2 456	20,6
A60	1 395	12,5
BE60	2 217	5,1
<i>Naar kwartaal</i>		
4de 2015	1 314	16,7
1ste 2016	1 647	13,8
2de 2016	1 401	8,6
3de 2016	1 706	13,3
<i>Naar voorziening</i>		
OCMW	2 630	14,1
vzw	3 042	11,8
Profit	327	17,0
Totaal	6 068	13,1

Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

**Tabel 4.16 Aantallen, capaciteit en gewogen gemiddelde oorspronkelijke en nieuwe prijs**

	Aantal dossiers	Capaciteit (aantal wooneenheden)	Gewogen gemiddelde oorspronkelijke prijs (in euro)	Gewogen gemiddelde nieuwe prijs (in euro)
<i>Naar type dossier</i>				
A30	25	2 456	49,6	59,3
A60	13	1 395	52,5	58,6
BE	26	2 217	51,9	54,3
<i>Naar voorziening</i>				
vzw	31	3 042	52,2	57,9
OCMW	27	2 630	49,6	56,1
NV	4	296	52,5	62,0
BVBA	1	31	49,3	65,4
Commercieel totaal	5	327	52,2	62,3
Totaal	64	6 068	51,1	57,3

Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

#### 4.5.3 Impact op het algemeen niveau van de dagprijs

In tabel 4.17 geven wij de eigen berekening van de gemiddelde prijs voor éénpersoonskamers, voor de voorzieningen die wij in 2012 reeds kenden. Gelijkaardige prijsverschillen treden op, maar zijn lager bij de commerciële en private non-profit. In de prijsaangiften voor het geheel zijn dus ook een aantal nieuwe voorzieningen bijgekomen, die de prijs naar deelsectoren optrekt, maar ook voor het geheel van de sector. De niet gekende voorzieningen, met inbegrip van de nieuwe, hebben een prijs die gemiddeld 5 euro hoger ligt dan de prijs van de voorzieningen die wij terugvonden in 2012. Dit kan overigens volledig legitiem zijn omdat de nieuwe voorzieningen bijvoorbeeld ook een nieuwere en dus betere infrastructuur hebben.

In onderstaande tabel hebben wij voor 643 van de 766 voorzieningen hun situatie in 2012 kunnen identificeren. 1/6 hebben wij niet teruggevonden. Dit zijn enerzijds nieuwe voorzieningen, of voorzieningen die van naam/eigendom zijn veranderd.

Maar wij hebben de vergelijking met 2012 gemaakt om de prijsstijging ook per sector te kunnen maken, en om nadien ook te vergelijken met de prijsverhogingsdossiers die werden geanalyseerd in onze steekproef.

**Tabel 4.17 Verschil dagprijs in de nulmeting mei 2016 in de oude en nieuwe (of niet gekende) voorzieningen en de steekproef**

Type voorziening	Aantal voorzieningen	Capaciteit	Prijs per persoon éénpersoonskamer	Prijs op basis van juridisch statuut, alle voorzieningen
OCMW	200	21 444	52,6	52,23
vzw	301	30 210	54,0	54,85
Commercieel	142	11 659	56,2	59,04
Subtotaal	643	63 313	53,9	
Niet gekend	123	10 853	62,0	
Totaal	766	74 166	55,1	54,60

Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen en tabel 4.13

**Tabel 4.18** Nominale prijswijziging 2012 – mei 2016 in euro in alle voorzieningen naar eigendomsstructuur en in de steekproef van voorzieningen met een recente prijsverhogingsaanvraag

			Verschil prijs éénpersoons-kamer 2016-2012			
			Absolute wijziging in euro		% wijziging	
	Aantal voorzieningen	Capaciteit	Gemiddeld	Mediaan	Gemiddeld	Mediaan
OCMW	200	21 444	5,0	4,7	10,9	10,1
vzw privé	301	30 210	4,0	3,2	8,6	6,2
Commercieel	142	11 659	5,6	3,9	11,8	8,0
Totaal	643	63 313	4,6	3,7	10,0	7,5
Steekproef	49	4 817	5,3	4,7	11,9	10,7

\* De prijswijziging wijkt af van deze in tabel 2.4 opgenomen omdat wij hier een beperkte populatie weerhouden.

Bron Eigen berekeningen op basis van steekproef dossiers prijsverhogingen

Voor de voorzieningen die wij tussen 2012 en 2016 kunnen vergelijken is de prijswijziging gemiddeld 4,6 euro geweest. Voor de voorzieningen die wij in de steekproef tegen kwamen, en dus recent een prijsverhoging indienden is dit 5,3 euro. Deels is dit juist omdat minstens voor de helft van die dossiers juist een prijsverhogingsaanvraag is ingediend en goedgekeurd en dus ook zal gereflecteerd zijn in de nulmeting van mei 2016. De voorzieningen zijn hier geklasseerd naar economische eigendomsstructuur, en dus niet naar juridisch statuut. Wij zien dat de commerciële voorzieningen de grootste prijswijziging noteren van gemiddeld 5,6 euro, gevolgd door de OCMW's met gemiddeld 5,0 euro en de vzw's met 3,2 euro. Zoals reeds gemeld is het absoluut niveau van deze wijziging onzeker, maar er is geen reden om aan te nemen dat de verschillen tussen de voorzieningen naar eigendomsstructuur onbetrouwbaar zouden zijn. Wel blijkt uit tabel 4.17 dat nog 123 voorzieningen niet geïdentificeerd waren in beide jaren, en dat die wel de hoogste prijs hanteren. Uit de laatste kolom blijkt dat die hogere prijs zich bij de commerciële voorzieningen situeert aangezien de gemiddelde dagprijs voor de volledige sector bij die subsector hoger ligt (59,04 vergeleken met 56,2).

De indeling naar eigendomsstatuut is de economische definitie die wij zelf hanteerden in het rapport over de financiering van de residentiële ouderenzorg (Pacolet & De Coninck, 2015).

In onderstaande tabel extrapoleren wij de prijsverhogingsaangiften in de steekproef tot het totaal van de prijsverhogingsaangiften. Over de twee steekproeven samen zien wij dat voor de 64 voorzieningen die samen goed zijn voor 5 422 woonegelegenheden, dat de gemiddelde prijs met 12,8% is gestegen, goed voor een stijging van de omzet via de dagprijs met bijna 13 miljoen euro op een totaal van die omzet dagprijs van 100 miljoen. Extrapolatie van deze cijfers naar de totale groep van 152 prijsverhogingsdossiers voor WZC/CVK die op een jaar tijd werden ingediend en waarvan wij veronderstellen dat zij gemiddeld even groot zijn, en dezelfde prijsstijging zullen kennen, levert dit een goedgekeurde prijsstijging op voor 30,5 miljoen euro. Dit slaat op een geraamd aantal woonegelegenheden van 12 877 of 16% van de sector (1 op 6!). Als wij daarenboven veronderstellen dat voor een 3 000 totaal nieuwe wooneenheden in totaal nieuwe voorzieningen de dagprijs 20% hoger ligt dan de gemiddelde vroegere prijzen, en dat ten slotte de rest van de sector geen prijsstijgingen in dat jaar zal kennen, dan levert dit voor de totale sector een geraamde gewogen prijsstijging op van 2,85%. Deze prijsstijging is bovenop de inflatie en de vraag kon overigens gesteld worden of de prijscorrecties voor inflatie (indexering) voor of na het indienen van een prijsverhogingsaangiftdossier zou gebeuren. De marges die de prijsregulator toepast zijn natuurlijk een fractie hoger als men eerst de indexering aanvraagt en dan pas het eigenlijke dossier indient. Dit gedrag wordt ons bevestigd door de administratie. Die geraamde 2,85% op één jaar is aanzienlijk, in vergelijking met de prijsstijgingen die wij, weliswaar met een gebrekkige meetlat, konden observeren in het verleden. Zo waren volgens het Planbureau de dagprijs voor rusthuisbedden tussen 1991 en 2000 gestegen met 29% terwijl de

inflatie in die periode 19% bedroeg, dus een reële toename van maar 10% op 9 jaar of 1,1% per jaar. Tussen 2010 en 2016 is de prijs gestegen met 25% terwijl de inflatie de helft bedroeg, of een reële prijsstijging op 6 jaar van 12,5% of bijna 2% per jaar. Ten opzichte van de eerste periode is dit reeds een acceleratie van de prijsstijging. De jongste geraamde prijsstijging gebaseerd op de huidige aangiften en de toegestane prijsverhogingen zal zelfs nog iets hoger uitkomen, met name 2,85% per jaar. Naar verluidt worden de toegestane prijsstijgingen niet altijd en zeker niet altijd onmiddellijk doorgevoerd worden (voor de zittende huurder moet het gefaseerd gebeuren met schijven van 5 euro), zodat de werkelijke prijsstijgingen lager kunnen uitvallen. De tweede meting van de dagprijs in mei 2017 kan hierover uitsluitsel geven (zie verder). Het illustreert wel dat waakzaamheid omtrent de algehele prijsevolutie geboden blijft.

**Tabel 4.19 Raming van de impact van de prijsverhogingsdossiers op de totale prijsstijging in de sector**

	Aantal dossiers	Aantal plaatsen	Gemiddelde grootte	Omzet aan oude prijs (in euro)	Extra omzet via prijsverhoging (in euro)	Gemiddelde prijsstijging (in %)	Aandeel (in perunage)	Geschatte reële prijsstijging in sector
<i>Steekproef</i>								
Eerste steekproef	32	2 282	71	41 932 411	5 093 075	12,1		
Tweede steekproef	32	3 140	98	58 419 339	7 786 035	13,3		
Totaal	64	5 422	85	100 351 751	12 879 110	12,8		
<i>Extrapolatie (maal 2,4)</i>								
Prijsverhogingsaanvragen	152	12 877			30 587 886	12,8	0,16	2,09
Volledig nieuwe WZC		3 000				20,0	0,04	0,76
Rest van de sector		63 123				0,0	0,80	0,00
Totaal sector WZC		79 000					1,00	2,85
Per jaar in voorbije periode (12,5% over de volledige periode)								1,98
Per jaar in periode 1991-2000 (totaal 10%)								1,06

#### 4.5.4 Vergelijking van de prijsevolutie mei 2016-mei 2017 in de steekproef met de rest van de sector

Mei 2017 werd door het Agentschap Zorg & Gezondheid een nieuwe meting van de dagprijzen georganiseerd. Het liet toe de prijsevolutie tussen mei 2016 en mei 2017 nauwkeurig op te volgen. Het Agentschap Zorg vergeleek de gemiddelde dagprijs zoals die eind 2016 werd bekend gemaakt, en die slaat op mei 2016, met de nieuwe meting in mei 2017. De gewogen gemiddelde dagprijs in Vlaanderen stijgt van 54,60 euro (54,55 na nog een aantal correcties) tot 56,30 euro of een nominale stijging van 3,11% (3,21% na de correcties).<sup>24</sup> Finaal werden de gecorrigeerde cijfers en niet de oorspronkelijk gepubliceerde cijfers weerhouden, wat dus een gemiddelde nominale prijsstijging impliceert van 3,21%. De inflatie over diezelfde periode bedroeg 1,86%. De reële prijsstijging voor de ganse sector is bijgevolg 1,35%.

In onderstaande tabel 4.20 vergelijken wij de prijsstijging over de periode mei 2016-mei 2017 in de steekproef van de prijsverhogingsaangiften waarover wij voor dit rapport beschikten. Voor 57 voorzieningen is de informatie kunnen gebruikt worden, waarvan 25 OCMW-voorzieningen, 25 vzw's en 7 commerciële voorzieningen.<sup>25</sup> De prijsverhogingsaangiften liepen van het 4<sup>de</sup> kwartaal 2015 tot en

<sup>24</sup> Nota Jurgen Claes, Agentschap Zorg & Gezondheid, Resultaten dagprijzenmeting 2017, p. 2.

<sup>25</sup> In de dossiers van de steekproef waren hiervan nog één voorziening als VZW vermeld, en één als OCMW. In 2017 werden zij als commerciële instellingen vermeld, en wij hanteren deze indeling.



met het derde kwartaal 2016 zodat soms de prijsverhogingen al werden doorgevoerd voor de nulmeting van de dagprijs in mei 2016 plaats greep. Voor een aantal andere voorzieningen zal de toegekende prijsverhoging effectief doorgaan binnen het observatievenster van het Agentschap. Maar misschien ook niet helemaal, omdat sommige van de prijsverhogingen voor de bestaande bewoners gespreid moeten ingevoerd worden. In onderstaande tabel geven wij de prijs en de capaciteit genoteerd in mei 2016 en in mei 2017 en wij vergelijken dit verder met de capaciteit vermeld in het prijsverhogingsdossier, de vroegere prijs in dat dossier en de toegestane nieuwe prijs. Grosso modo komt de omvang van deze dossiers overeen met de capaciteit in de metingen, maar voor een aantal wijkt het ook af.<sup>26</sup> De gemiddelde dagprijs wordt voor de totale steekproef en naar eigendomsstructuur ook weergegeven in figuur 4.8. De prijs vóór de prijsverhogingsaangifte ligt lager dan de nulmeting in mei 2016. In deze laatste prijs is immers een deel van de verhogingen die werden geanalyseerd, al doorgevoerd. Blijkbaar is dat het meeste in de commerciële voorzieningen. Opmerkelijk is evenwel dat de prijs een jaar later nog altijd beneden de prijs is die finaal toegelaten werd in de prijsverhogingsdossiers. Voor de OCMW's en vzw's is de prijsstijging tussen mei 2016 en mei 2017 nominaal 5,65% en 6,21%, maar voor de commerciële voorzieningen is de gemiddelde prijs quasi onveranderd gebleven (+0,59%) en in reële termen zelfs gedaald. Let wel, de capaciteit bij de aanvraag is niet steeds de totale capaciteit van bij de prijsopname in mei. Het feit dat in mei 2017 de prijs over heel de lijn lager ligt dan de toegestane prijs zou nog kunnen verklaard worden door het feit dat voor een aantal dossiers de vertraging nog speelt van een beperking voor de bestaande bewoners tot 5 euro per 6 maand. Maar het kan ook betekenen dat men de gevraagde prijsverhogingen niet kan/wenst/hoeft door te voeren. In dat geval zouden de goedgekeurde verhogingen misschien te ruimhartig zijn geweest, of dat men elders op de kosten heeft bespaard of op de rendabiliteit heeft ingeboet. De nauwkeurige informatie die tegenwoordig wordt verzameld over de werkelijke prijsevolutie zou vergeleken moeten worden met de overige performante van de voorzieningen, met name de kosten en de rendabiliteit, dit met het oog op een eventuele bijsturing van de prijscontrole en eventueel de publieke financiering. Soortgelijke analyse zou bovendien best voor alle prijsverhogingsdossiers worden gedaan, en de impact zou ook over een langere periode dienen nagegaan te worden.

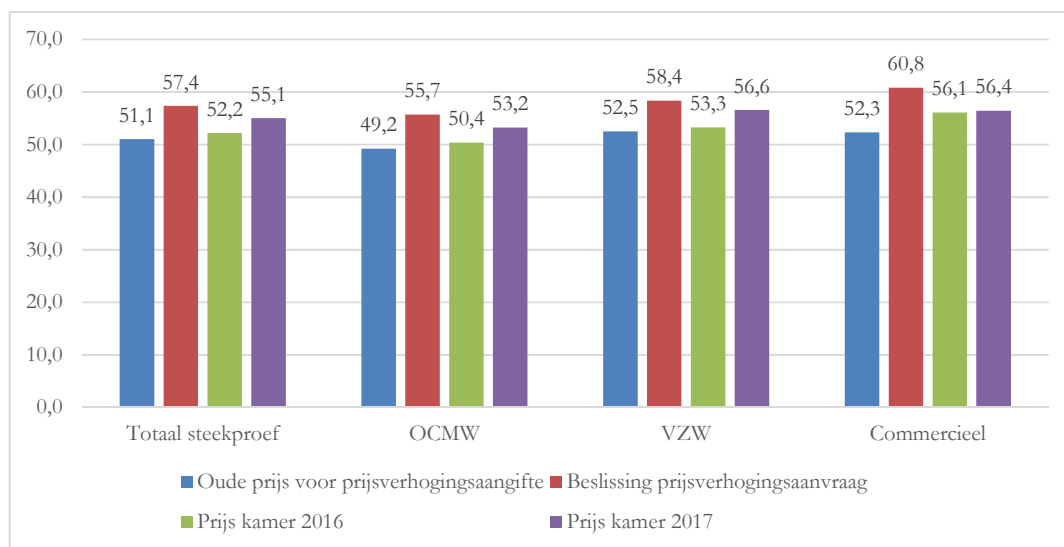
26 De weging, het aantal plaatsen, heeft een invloed op het gewogen gemiddelde. Voor de prijsverhogingsaangiften zijn die identiek, m.n. de aantallen opgegeven in de dossiers. Voor de vergelijking van de gemiddelde dagprijs in 2016 en 2017 gebruiken wij de aantallen plaatsen van dat jaar. Het is de werkelijke situatie voor de volledige sector en is als het erom een 'kettingprijsindex' waar de gewichten elk jaar veranderen. De index van de consumptieprijsen is doorgaans een 'Laspeyres' index waarbij de gewichten constant worden gehouden, met name deze van een basisjaar. Het alternatief is een zogenaamde 'Paasche' index waarbij de gewichten van het lopende jaar worden gebruikt. Herberekening van de gemiddelde prijzen in bovenstaande tabel leverden echter geen noemenswaardig ander beeld op.

**Tabel 4.20 Evolutie dagprijs mei 2016 - mei 2017 in de steekproef prijsverhogingsaangiften, en vergelijking met de aangevraagde prijsverhogingen**

	Totaal steekproef	OCMW	vzw	Commercieel	Totaal Vlaanderen
Aantal voorzieningen	57	25	25	7	803
Capaciteit erkend 2016 (aantal plaatsen)	5 692	2 508	2 764	420	
Prijs kamer 2016 (in euro), gewichten 2016	52,2	50,4	53,3	56,1	54,6
Capaciteit 2017 (aantal plaatsen)	6 198	2 801	2 854	543	
Prijs kamer 2017 (in euro), gewichten 2017	55,1	53,2	56,6	56,4	56,3
% wijziging prijs 2017 versus 2016	5,45%	5,65%	6,21%	0,59%	3,21%
Reële prijsstijging, na correctie van stijging algemeen prijspeil met 1,86%	3,59%	3,79%	4,35%	-1,27%	1,35%
Wijziging capaciteit 2016 versus 2017 (aantal plaatsen)	506	293	90	123	
Oude prijs voor prijsverhogingsaangifte (in euro), gewichten aanvraagdossier	51,1	49,2	52,5	52,3	
Beslissing prijsverhogingsaanvraag (in euro), gewichten aanvraagdossier	57,4	55,7	58,4	60,8	
Vershil tussen toegestane prijs en werkelijke prijs mei 2017 (in euro)	2,3	2,5	1,8	4,4	
Capaciteit bij aanvraag (aantal plaatsen)	5 487	2 412	2 660	415	
Vershil capaciteit mei 2017 en capaciteit bij aanvraag (aantal plaatsen)	711	389	194	128	

Bron Eigen berekeningen op basis van de prijsnoteringen mei 2016 en mei 2017, en de prijsverhogingsaangiften en Jurgen Claes, Agentschap Zorg en Gezondheid

**Figuur 4.8 Verhouding tussen de aangevraagde prijsverhogingen en de prijsevolutie tussen mei 2016 – mei 2017**



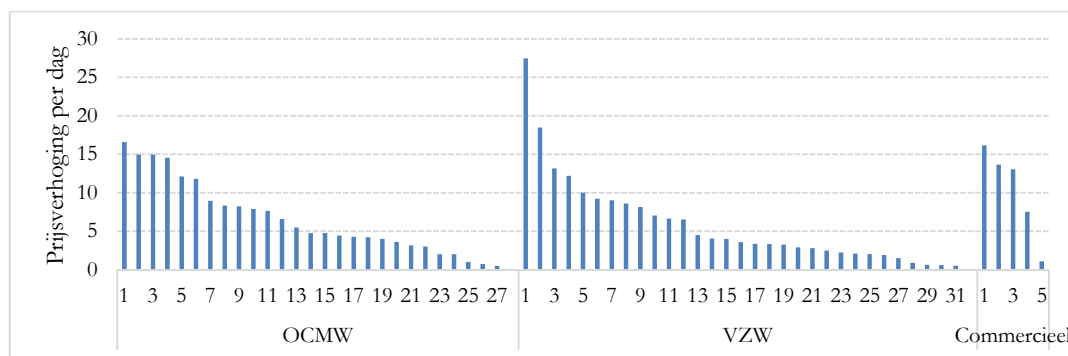
Bron Tabel 4.20

#### 4.5.5 Implicaties voor de bewoner

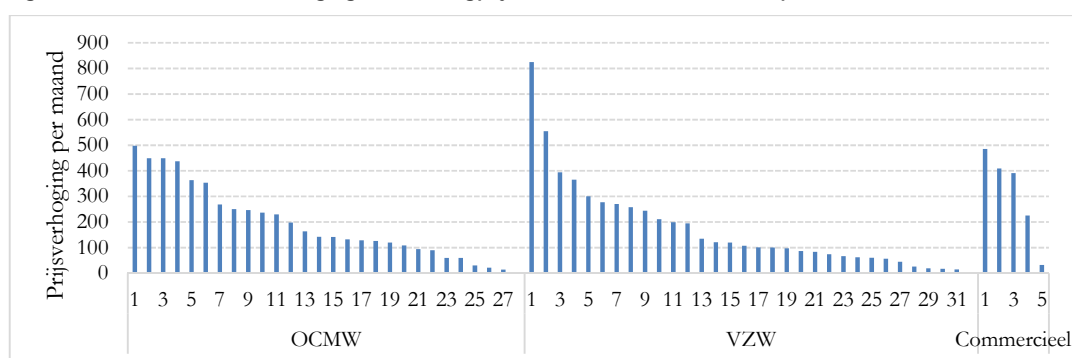
In de bestudeerde dossiers noteren wij een prijsverhoging van soms minder dan 1 euro tot zelfs 20 tot 30 euro per dag. Dit zijn soms substantiële verhogingen, die deels een ‘*statistical artefact*’ zijn omdat wij de nieuwe prijs vergelijken met de prijs in de oude voorziening, waarbij de prijsstijging geldt voor de nieuwe bewoners maar waar het stijgingsritme wordt afgeremd voor de oude bewoners. Ook voor een totaal nieuwe voorziening is er geen oude dagprijs, maar kan de hypothese aangenomen worden dat de nieuwe dagprijs x euro hoger ligt dan een gemiddelde prijs in het verleden. Voor de algemene evolutie van het prijsniveau is dat een correcte interpretatie. Voor de nieuwe bewoners, de toekomstige bewoners van de voorzieningen, is dat ook de nieuwe realiteit. Voor de huidige bewoners wordt de prijsstijging afgeremd tot 5 euro per 6 maand, wat toch al 10 euro per jaar kan zijn, en de stuurgroep attendeert ons erop dat vanaf 1 jaar en 1 dag reeds een derde verhoging van 5 euro denkbaar is. Het impliceert dat op 1 jaar en 1 dag bijna 90% van de prijsstijgingen ook kunnen gelden voor de huidige bewoners. Maar zelfs een stijging van 5 euro per dag of 150 euro per maand kan de betaalbaarheid in het gedrang brengen, afgezien nog van de indexering die daar nog bovenop kan komen of er net aan vooraf gaat.

Vermenigvuldiging met 30 dagen en 365 dagen geeft de stijging van de dagprijs per maand of per jaar. De prijsstijgingen liggen regelmatig in de buurt van een paar honderd euro’s per maand tot een paar duizend euro’s per jaar. Zij zullen de betaalbaarheid voor de ouderen drastisch beïnvloeden, al moeten wij de evolutie vergelijken met de evolutie van de pensioenen van de huidige en nieuwe bewoners.

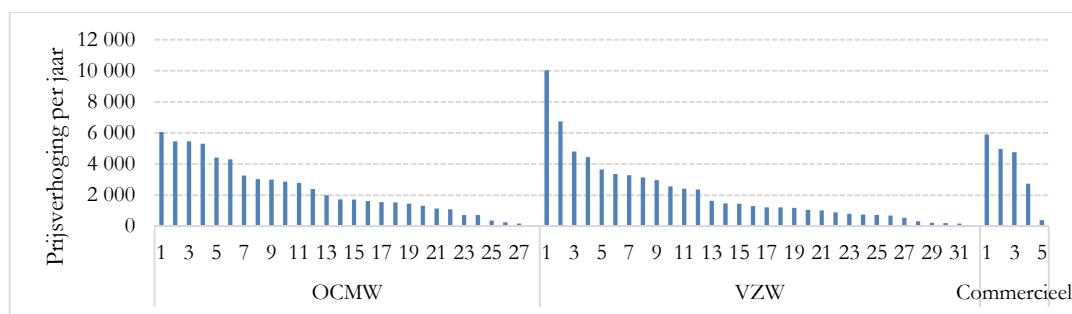
**Figuur 4.9** Geschatte verhoging van de dagprijs voor de bewoners, in euro per dag



**Figuur 4.10** Geschatte verhoging van de dagprijs voor de bewoners, in euro per maand



**Figuur 4.11** Geschatte verhoging van de dagprijs voor de bewoners, in euro per jaar



#### 4.5.6 Determinanten van de prijsverhoging

Het gebruikte dossier/formulier verklaart reeds de motivering van de prijsverhoging. Deze is gebaseerd op een grondige renovatie en infrastructuurinvestering (A60), ofwel op een meer lichte renovatie en andere kosten (BE60), of een compleet nieuw product binnen een bestaande erkenning (A30). Voor dit laatste soort van dossiers, die zowel op capaciteit voor nieuwe bewoners als voor bestaande bewoners kan gaan, dient een motivatie gegeven te worden van de prijsverhoging in termen van wijziging in de grootte van de kamers, zowel het private gedeelte, als de collectieve ruimten. Het MB 2005, art.6§2, definieert 'wat niet nieuw' is en het voornaamste criterium is dat er een overeenstemming bestaat met het bestaande product/diensten. Voor een nieuw product dient er dus een comfortverschil te zijn. De toetsing wordt geoperationaliseerd via oppervlaktecriteria en enkele

andere comfortmaatstaven. Hiermee wordt duidelijk dat ook voor de administratie de oppervlakte, lees comfort, reden kan zijn tot prijsverhoging. Daarom is het merkwaardig dat voor andere dossiers, maar ook voor de nulmeting, geen informatie wordt verzameld over de oppervlakte. Zo worden in de nulmeting de verschillende kamertypes onderscheiden, zo veel als de voorziening zelf kan bedenken, maar er wordt geen informatie genoteerd over de grootte. Vroeger reeds konden wij een duidelijke impact observeren van de grootte van de kamer op de dagprijs (Pacolet, De Troyer, Boeykens, De Coninck, Vastmans & Buyst, 2012).

In figuur 4.11 geven wij een overzicht voor 21 voorzieningen van de oppervlakte van de kamer en de collectieve ruimten, voor en na de prijsverhoging. Wij zien dat alle nieuwe kamers waarvoor een prijsverhoging werd gevraagd tenderen naar 25 m<sup>2</sup>, wat ook de huidige VIPA-norm is. Er zijn wel aanzienlijke verschillen tussen de individuele ruimte en de collectieve ruimte. In de volgende grafiek (figuur 4.12) splitsen wij de bijkomende gewonnen ruimte op naar de private en de collectieve ruimte. Slechts in een beperkt aantal gevallen is de collectieve ruimte meer toegenomen. Meestal streeft men een uitbreiding van de individuele ruimte na. De gewonnen private ruimte gaat van minder dan 5 m<sup>2</sup> tot meer dan 10 m<sup>2</sup>. Het zijn de OCMW's die vooral meer bijkomende private ruimte voorzien.

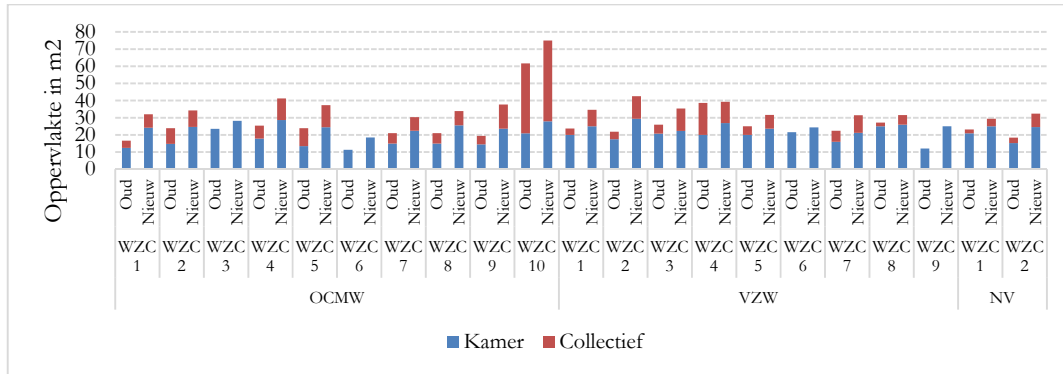
De 21 voorzieningen, 1/3 van de beschouwde dossiers, staan voor 2 213 wooneenheden, ook 1/3 van de totale steekproef, wat wijst op een gemiddelde grootte van ook deze voorzieningen. Voor de totale groep kan een toename van de oppervlakte worden genoteerd van 11,1 m<sup>2</sup>, waarvan 8 m<sup>2</sup> private oppervlakte en 3 m<sup>2</sup> collectieve ruimte.

De OCMW's en de commerciële voorzieningen kennen de grootste totale toename, en de private ruimte is ongeveer 9 m<sup>2</sup> toegenomen in de OCMW-voorzieningen.

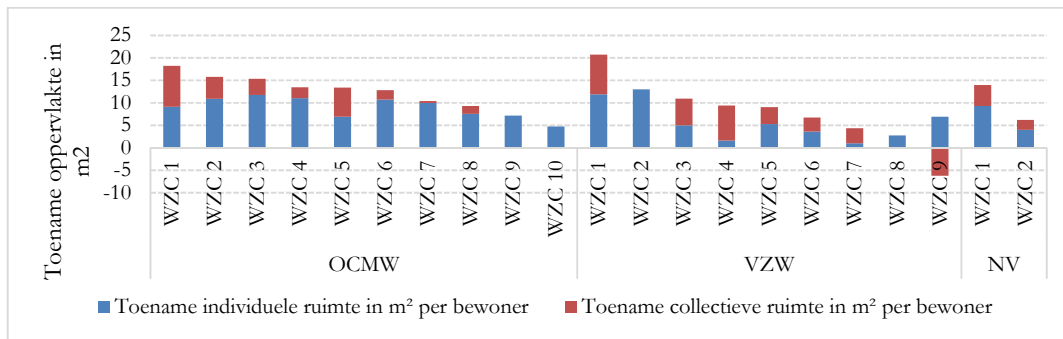
In volgende grafieken onderzoeken wij de relatie tussen de verhoging van de dagprijs en de uitbreiding van de oppervlakte. Figuur 4.14 geeft ook een positief verband tussen de toename van de oppervlakte en de verantwoorde verhoging van de dagprijs. Merkwaardigerwijs is dat positief verband tussen de verantwoorde verhoging van de dagprijs en de verhoging van de individuele ruimte, wat logisch is aangezien de verantwoording op beide componenten van de comfortverandering slaat (figuur 4.15). In de volgende grafiek wordt het verband getoond met de verhoging van werkelijke dagprijs (figuur 4.16). Het verband lijkt verdwenen te zijn tussen de werkelijke verhoging van de dagprijs en de toename van de oppervlakte (soms was er een verdubbeling van de oppervlakte). Dat kan verklaard worden door de prijsreglementering zelf omdat zij met plafonds werkt. De toegekende prijsverhoging stemt meestal overeen met de aangevraagde prijsverhoging, maar wijkt wel af van de verantwoorde prijsverhoging. De normering van de prijsverhoging maakt dat deze de band verliest met de werkelijke reële verbetering in de kwaliteit (in oppervlakte). Het zou verder onderzocht dienen te worden hoe deze band beter kan behouden worden, door bijvoorbeeld een vast percentage te nemen van de verantwoorde prijsverhoging. Maar dergelijke formule kan kosteninflatie verder uitlokken. Een alternatief zou ook kunnen zijn door een reële indicator, bijvoorbeeld de toename van de oppervlakte van de kamer, te hanteren. Ook de verhoging die het RIZIV toeliet voor de forfaits omwille van de extra zorginspanning legt een verband tussen een extra financiering met een reële extra personeelsinzet.

De nieuwe prijzen gelden vaak zowel voor de nieuwe als de bestaande bewoners. Voor deze laatste wordt de prijsverhoging vaak echter gefaseerd doorgevoerd (schijven van 5 euro per 6 maand). Dit zou een rem kunnen zijn op de inspanningen om deze oppervlakte te laten toenemen, wat een ongewenst neveneffect kan zijn van de prijsreglementering. De prijsreglementering moet van die aard zijn dat het geen overinvestering stimuleert, maar ook geen onderinvestering. In figuur 4.17 blijkt er een positief verband te bestaan tussen de huidige oppervlakte en de dagprijs, wat wij ook vroeger observeerden.

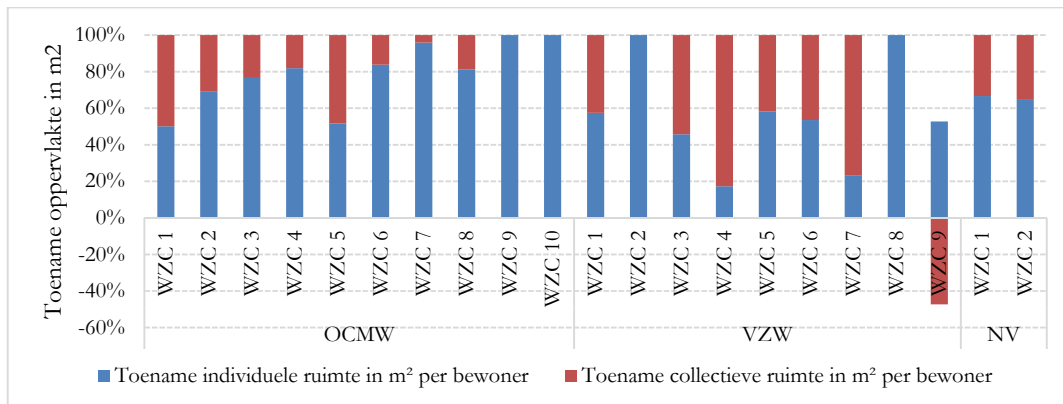
**Figuur 4.12** Oppervlakte van de kamer en collectieve ruimte, voor en na de prijsverhoging, in m<sup>2</sup>



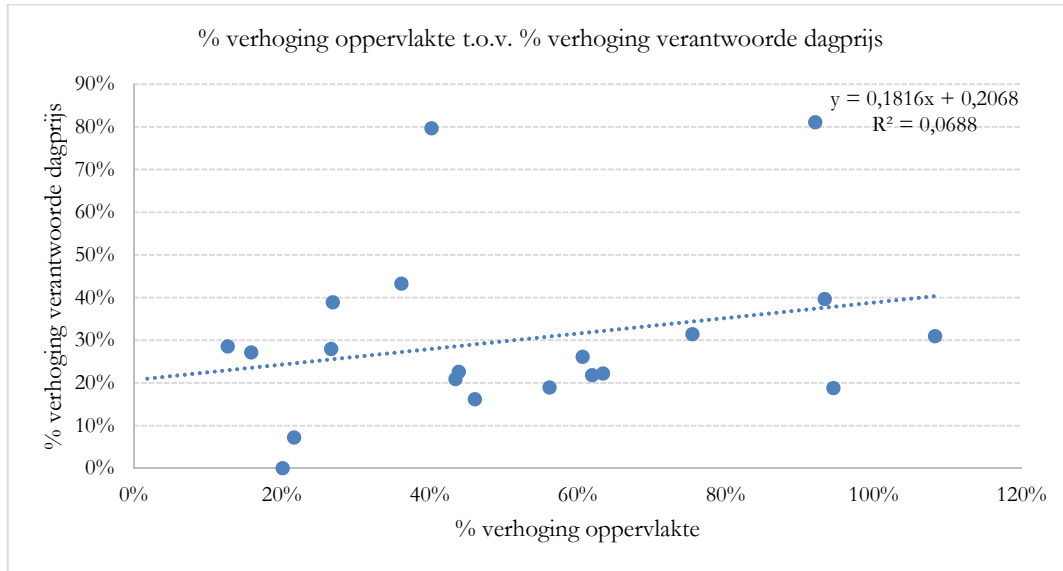
**Figuur 4.13** Toename van de oppervlakte van de kamer en de collectieve ruimte, in m<sup>2</sup>



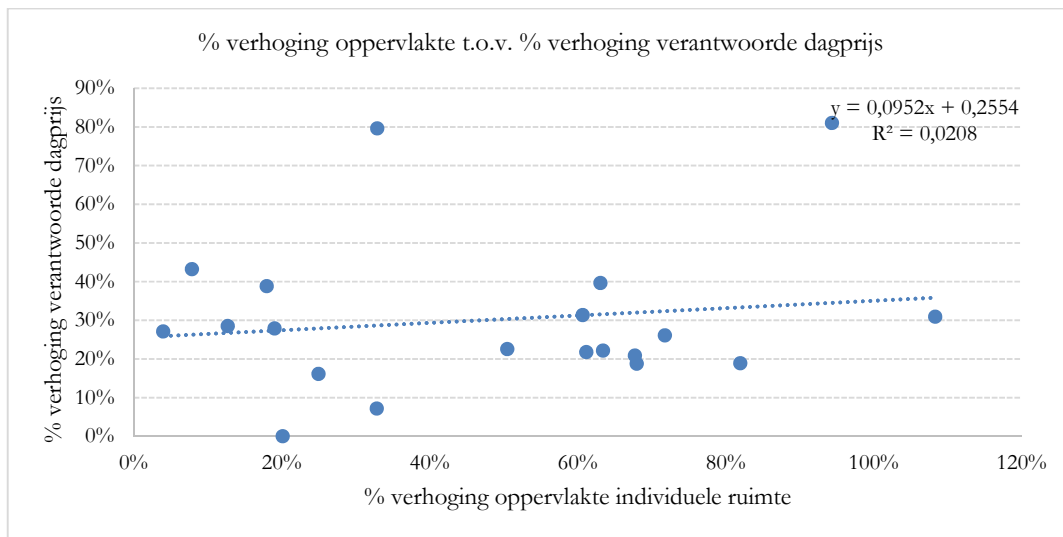
**Figuur 4.14** Verdeling van de toename van de oppervlakte per bewoner tussen de kamer en de collectieve ruimte



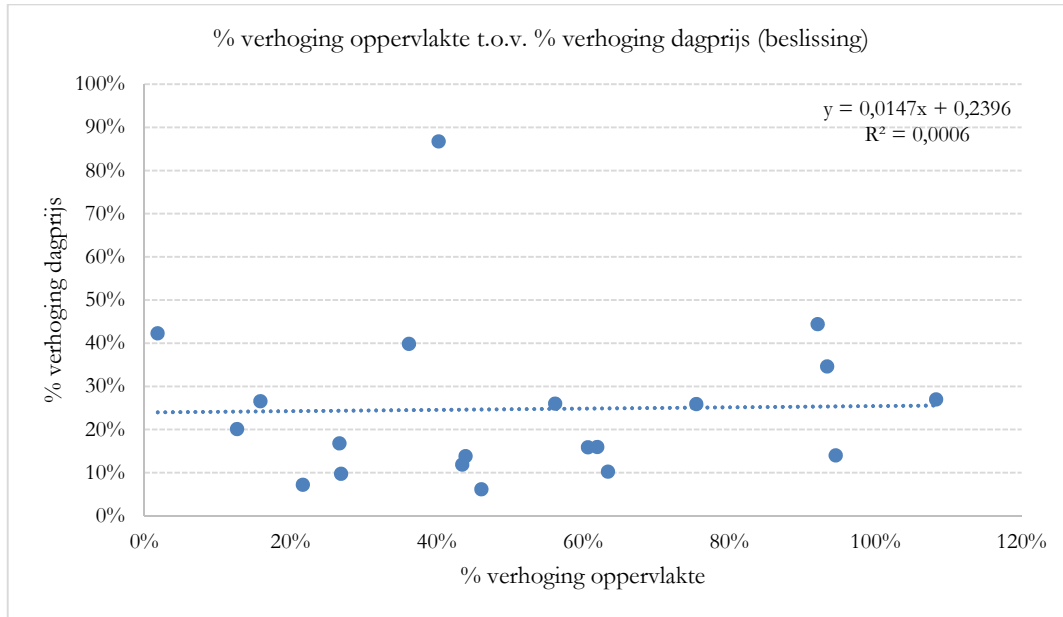
**Figuur 4.15** Relatie tussen toename oppervlakte en verantwoording verhoging prijs



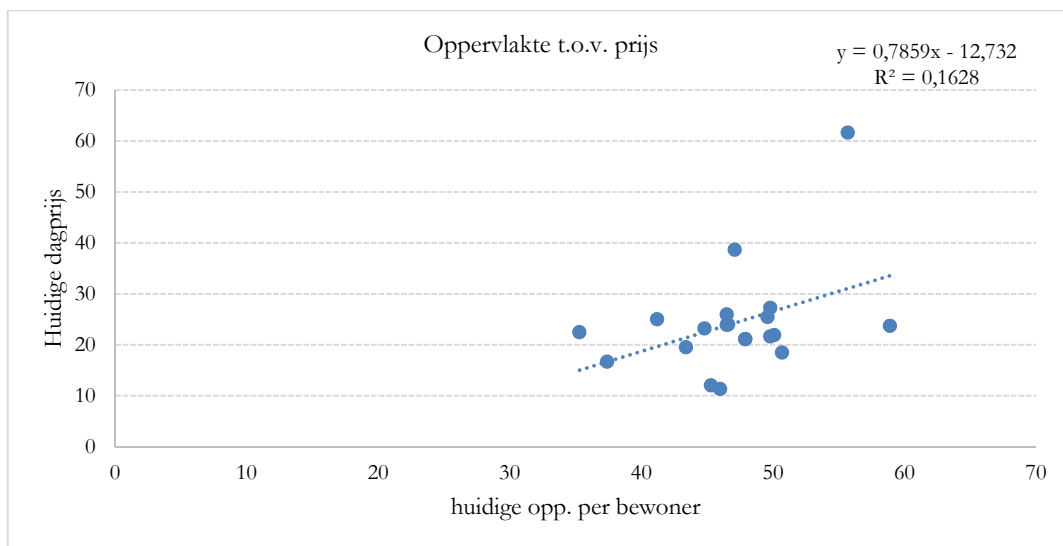
**Figuur 4.16** Relatie tussen toename oppervlakte kamer en verantwoording verhoging dagprijs



**Figuur 4.17** Relatie tussen toename oppervlakte en toegestane verhoging dagprijs



**Figuur 4.18** Relatie tussen huidige dagprijs (in euro per dag) en oppervlakte per bewoner (in m<sup>2</sup> per bewoner)







## 5 | Invloed op de levensvatbaarheid van het aanbod

### 5.1 Relatie tussen winstgevendheid en prijsniveau

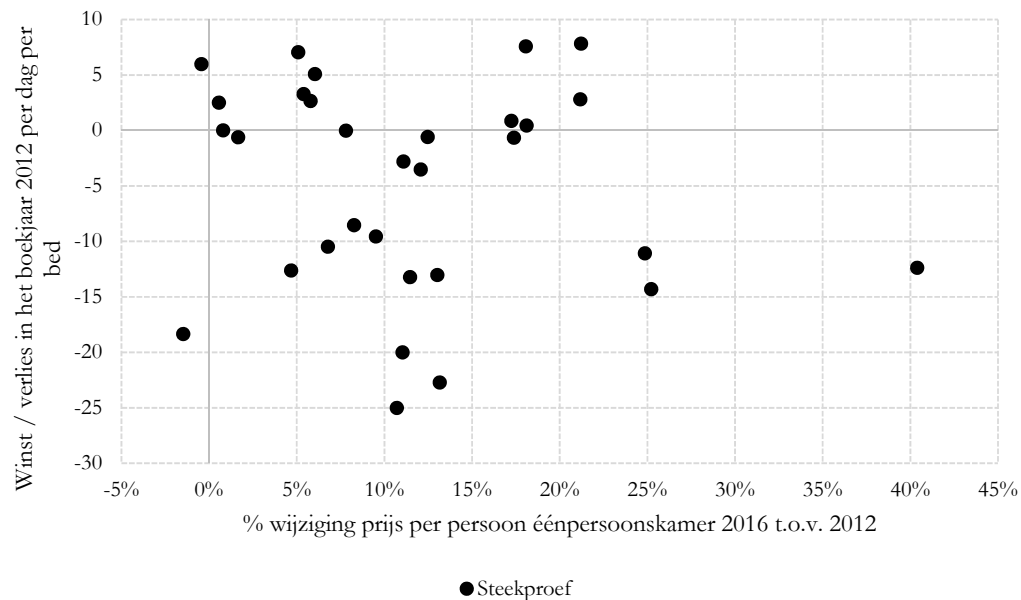
In onze vroegere studie over de financiering van de woonzorgcentra hebben wij de zorgwekkende situatie geschetst van de rendabiliteit van tal van woonzorgcentra, voornamelijk de openbare sector en in mindere mate ook de commerciële voorzieningen. Enkel de vzw's kwamen er het meest positief uit. In onderstaande grafiek leggen wij het verband tussen de rendabiliteit in 2012, het prijsniveau in 2016 bij de nulmeting, en de prijsstijgingen die genoteerd waren tussen 2012 en 2016. We geven de procentuele wijziging tussen 2012 en 2016 en tussen 2015 en 2016 in euro, voor de cases in de steekproef. Wij kijken ook naar het verband tussen de genoteerde prijsstijging en de rendabiliteit, of eerder het gebrek daaraan, in de analyse die wij in 2012 maakten.

Het gros van de prijswijzigingen tussen 2012 en 2016 situeert zich van 0 tot 20%; ook in de steekproef hebben wij een grote groep die al een prijswijziging kende tussen 10 en 20% in de periode 2012-2016. Voor de prijsverhogingsaangiften van 2015-2016 merken wij dat er een gemiddelde prijsstijging is van nog eens 12%. In euro reflecteert dit zich in prijsstijgingen van 4 euro tot 8 à 12 euro (zie figuur 5.3). Meer dan de helft van de voorzieningen waren in 2012 verlieslatend, maar dat kan ons niet verwonderen daar ongeveer de helft van de dossiers zijn van OCMW's en deze bleken in ons rapport over de financiering van de residentiële zorg in 2012 bijna allemaal verlieslatend.

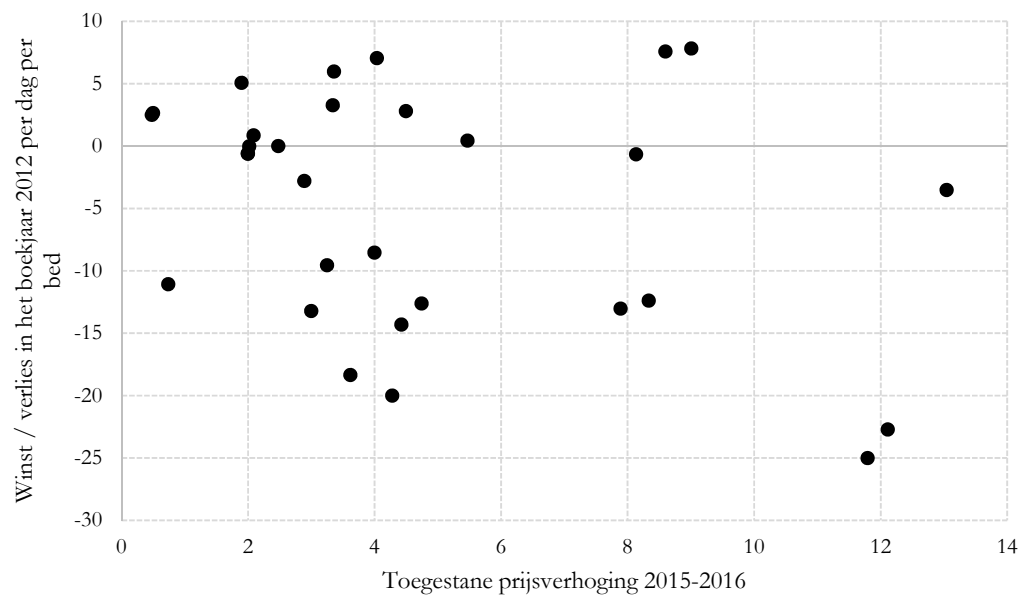
**Figuur 5.1** Relatie tussen wijziging dagprijs (in %) en winstgevendheid (in euro per dag) in de totale populatie en in de steekproef



**Figuur 5.2** Wijziging dagprijs 2012 - 2016 ( in % van de prijs van 2012) en rendabiliteit 2012 (in euro per dag)



**Figuur 5.3** Toegestane prijsverhogingen 2015-2016 (in euro per dag) en rendabiliteit 2012 (in euro per dag)



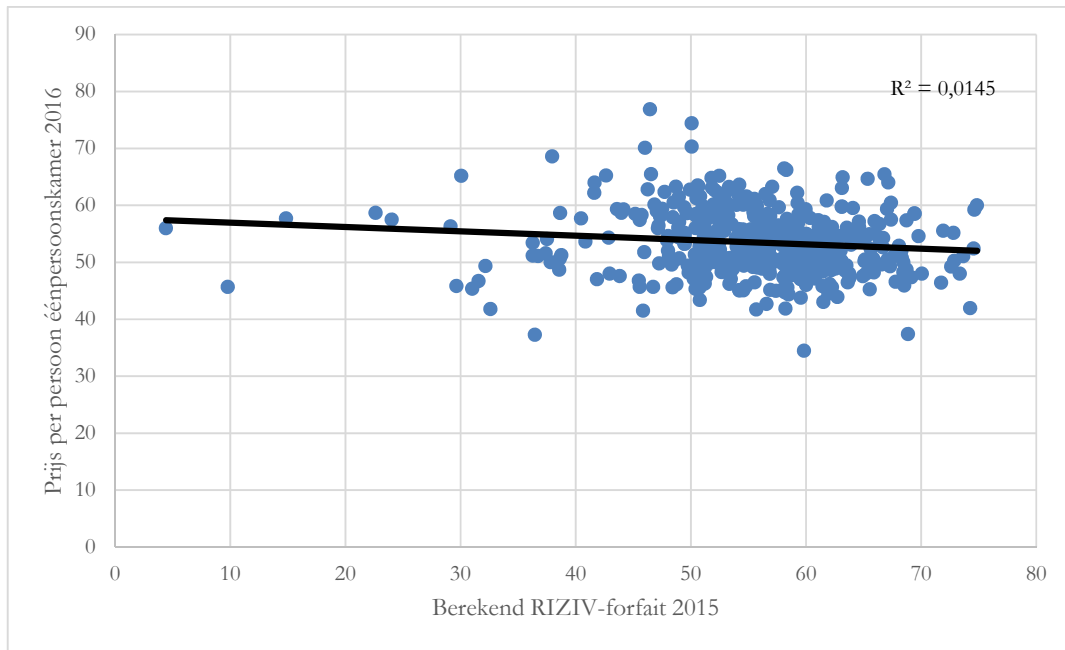
## 5.2 Relatie tussen de dagprijs en het RIZIV-forfait

Op basis van de gefactureerde dagen per forfaitcategorie van de individuele woonzorgcentra berekenen wij een gewogen RIZIV-forfait voor 2015 en vergelijken dat in onderstaande grafiek met de dagprijs per instelling genoteerd in de nulmeting van mei 2016. De RIZIV-forfaits van 2015, in

prijzen van 2015, worden gewogen met de aandelen per forfaitcategorie in het totaal aantal gefactuurerde dagen per voorziening. De koppeling kon gebeuren op basis van de RIZIV-nummers. Wij zien in figuur 5.4 opnieuw de aanzienlijke spreiding van de dagprijs tussen 35 en bijna 80 euro per dag, maar ook het gewogen RIZIV-forfait verschilt aanzienlijk van zelfs minder dan 10 euro tot een forfait dat tussen 30 à 40 euro ligt tot meer dan 70 euro. Dit gewogen forfait is een reflectie van de uiteenlopende bewonersmix naar zorgbehoefte gaande van bijna vooral een O-profiel tot een hoog aandeel RVT-bedden. Er lijkt geen verband te zijn tussen beide tarieven, en wij verwachten het onderstaande vlak verloop (zie trendlijn): de dagprijs is enerzijds door andere factoren bepaald dan de elementen die het gemiddeld RIZIV-forfait beïnvloeden, en ook wat de bewonersmix betreft kan zowel aan de lage kant van het spectrum (meer ROB-bedden) als aan de hoge kant, de dagprijs moeten verhoogd worden om de extra kosten te compenseren (Zie ook de analyse die wij maakten in het VIPA-rapport Pacolet, De Troyer, Boeykens, De Coninck, Vastmans & Buyst, 2012). Het ligt dalende verloop zou zelfs betekenen dat voorzieningen die een hoog RIZIV-forfait krijgen gemiddeld een iets lagere dagprijs vertonen, maar het verband is onbeduidend ( $R^2=0,0145$ ). De som van beide componenten maken (het gros van) de totale middelen uit die de voorzieningen ter beschikking hebben. Deze kunnen aanzienlijk verschillen en hierbij is het, gezien het eerder vlakke profiel van de dagprijs, noodzakelijk dat het RIZIV-forfait goed aansluit bij de kostprijs in functie van de bewonersmix. In Pacolet en De Coninck (2015), bepleiten wij een herijken van die tarieven. De figuur leert ons dat de RIZIV-financiering aanzienlijk kan verschillen in functie van het zorgprofiel, terwijl de dagprijs daar niet direct een verband mee heeft, maar om andere redenen kan verschillen. De dagprijs is ook niet noodzakelijk hoger als men een kleiner RIZIV-forfait ontvangt.

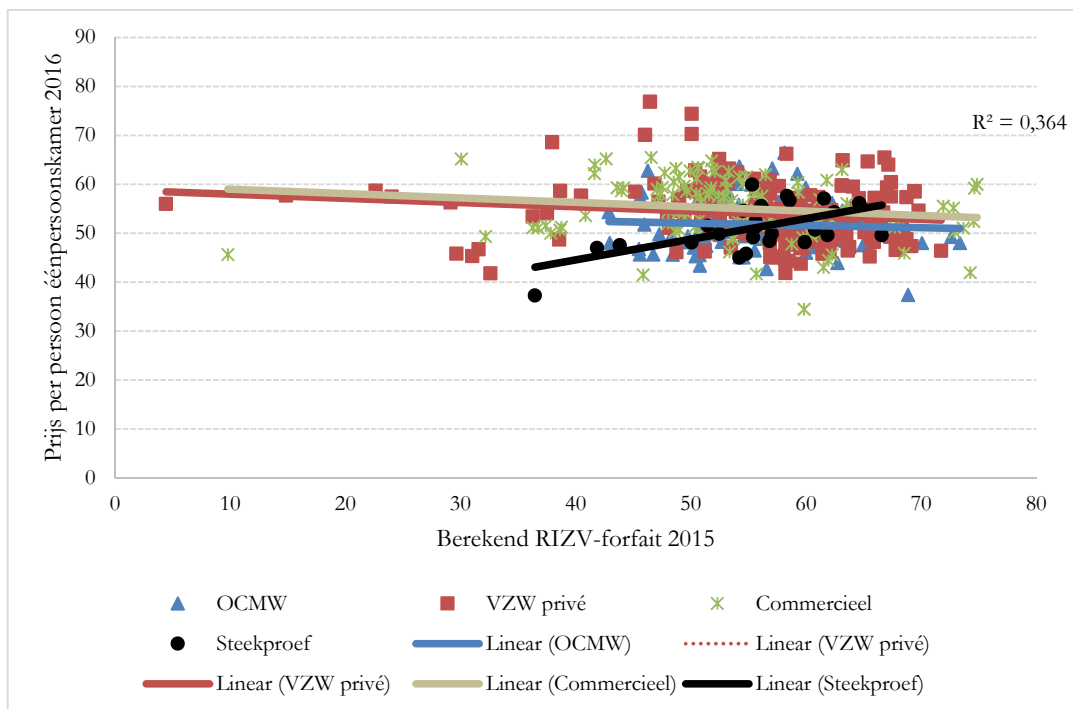
In figuur 5.5 geven wij dezelfde informatie weer, maar nu onderscheiden naar eigendomsstructuur. Hetzelfde eerder vlak, ligt dalend, verloop is te bemerken voor de drie subsectoren. Apart laten wij de observaties zien van de steekproef van een 30-tal geïdentificeerde voorzieningen die het voorbije jaar een prijsverhogingsaangifte hebben ingediend. Opmerkelijk is dat hier wel een positief en relatief duidelijk verband is te noteren tussen de dagprijs en het gemiddeld RIZIV-forfait ( $R^2=0,364$ ). Dit zelfde positief verband tussen de geraamde prijsverhoging in de periode 2012-2016 en het RIZIV-forfait 2015 is te merken in figuur 5.6. Deze geeft het verband weer tussen het gemiddeld RIZIV-forfait per voorziening en de geschatte toename van de dagprijs tussen 2012 en de nulmeting in mei 2016. Opnieuw is er voor de hele sector, geen verband te merken: de prijswijziging is niet groter of kleiner naarmate het gemiddeld RIZIV-forfait groter is of kleiner. Wel merken wij voor de observaties uit de steekproef van prijsverhogingsdossiers dat er wel een positief verband is tussen de hoogte van het RIZIV-forfait en de wijziging van de dagprijs ( $R^2=0,0663$ ). Het zou een indicatie kunnen zijn dat voorzieningen die al een hoog RIZIV-forfait ontvangen recent toch nog een hogere dagprijs noodzakelijk achten om de zorg, inbegrepen infrastructuur, te kunnen financieren. Misschien streeft goed zorg een steeds betere zorg na. Verder onderzoek van deze variabelen op de volledige populatie van prijsverhogingen is dan ook wenselijk.

**Figuur 5.4** Relatie tussen de dagprijs en het RIZIV-forfait, Vlaanderen, 2015 en 2016, in euro per dag per bewoner



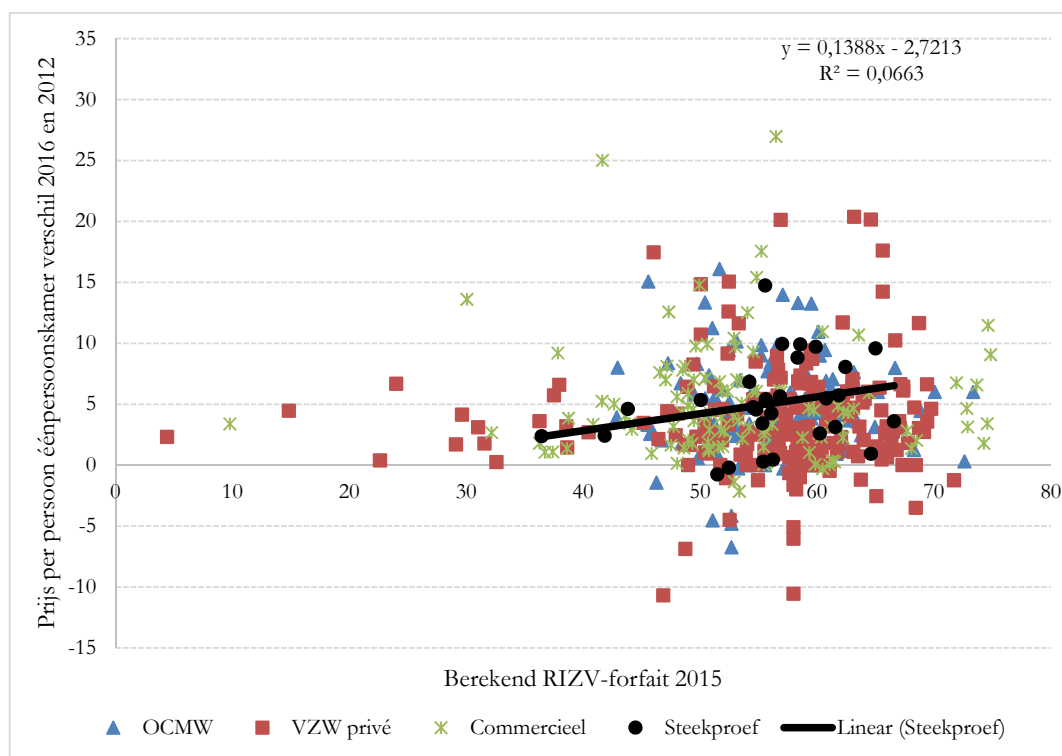
Bron Eigen berekeningen op basis van nulmeting 2016, AZG en aantal gefactureerde dagen per RIZIV-forfait

**Figuur 5.5** Relatie tussen de dagprijs en het RIZIV-forfait naar eigendomsstructuur en voor de streekproef, Vlaanderen, 2015 en 2016, in euro per dag per bewoner



Bron Eigen berekeningen op basis van nulmeting 2016, AZG en aantal gefactureerde dagen per RIZIV-forfait

**Figuur 5.6** Relatie tussen de prijsevolutie 2012 – 2016 en het RIZIV-forfait naar eigendomsstructuur en voor de steekproef, 2012-2016 en 2015, in euro per dag per bewoner



Bron Eigen berekeningen op basis van gegevens dagprijs FOD Economie 2012, nulmeting mei 2016 AZG en gefactureerde dagen per RIZIV-forfait 2016

### 5.3 Impact van de prijsverhoging op de totale omzet en marge

De stijging van de dagprijs betekent een stijging aan omzet gerealiseerd bij de bewoners. Door vermenigvuldiging van de berekende dagprijs voor de steekproef en de totale groep van voorzieningen die een prijsverhogingsaangifte hebben ingediend in de beschouwde periode kan men een raming maken wat dit impliceert. Dit is te zien in tabel 5.1. De geraamde omzetsijging van de voorzieningen die een prijsverhoging hebben aangevraagd in het voorbije jaar is 33,6 miljoen euro. Samen met de hypothese dat de prijs voor volledig nieuwe voorzieningen een 20% hoger zou kunnen zijn dan de vroegere prijs, kan dit tot een hogere omzet leiden van ongeveer 42 miljoen euro, wat het deficit dat de sector in zijn geheel had in 2012 van 55 miljoen zou kunnen compenseren ware het niet dat deze bijkomende omzet niet verdiend is zonder de nodige kostenverhogingen. Zelfs al vragen wij ons af of de prijsverhogingen die verantwoord worden door deze extra kosten, wel allemaal incrementele kosten zijn, maar evengoed vervangingsinvesteringen voor kosten die reeds in de kostprijs zijn. Het aanvraagformulier voorziet wel dat de historische aanschaffingswaarde in mindering dient gebracht te worden. Prijsstijgingen die verantwoord zijn door bijkomende investeringen en verbeterde kwaliteit kunnen het historisch tekort niet wegwerken. Ook deze ex post evaluatie van de impact van prijsverhogingen op het financieel evenwicht van de voorzieningen is een element om naar de toekomst toe de prijscontrole verder te verfijnen.

Ter vergelijking geven wij nog een geactualiseerde berekening, in prijzen van 2017 (zie p. 55), van de omzet gerealiseerd in 2017 op basis van de dan getelde 78 618 woongelegenheden. Bij een volledige bezetting en een gemiddeld RIZIV-forfait van 57,6 euro per dag betekent dit een ontvangst van 1,65 miljard euro. De dagprijs betaald door de bewoner is met de gemiddelde dagprijs van 56,52 ook goed voor ongeveer 1,62 miljard euro.

**Tabel 5.1 Impact van de dagprijsverhoging op de omzet van de voorzieningen**

	Capaciteit	Oorspronkelijke prijs in euro per dag	Nieuwe prijs in euro per dag	Prijsstijging in euro per dag	Oorspronkelijke omzet in euro per jaar	Nieuwe omzet in euro per jaar	Gestegen omzet in euro per jaar
Steekproef	5 422	51,3	57,8	6,40	101 524 239	114 387 934	12 863 695
Volledige groep	12 877	51,3	57,8	6,40	241 120 068	271 671 343	30 551 276
Nieuwe	3000	51,3	61,56	10,26	56 173 500	67 408 200	11 234 700
Bestaande	63 123	51,3	51,3	0	1 181 941 932	1 181 941 932	0
Totaal	79 000	51,3			1 479 235 500	1 521 021 476	41 785 976
Extra omzet in % van oorspronkelijke omzet bewoners (in %)							2,82
Ter vergelijking totale omzet 2012 (in euro)							3 308 496 962
Ter vergelijking totaal verlies 2012 (in euro)							-55 473 111
Ter illustratie: aandeel omzet dagprijs in totale omzet (in %), MARA- studie boekjaar 2012							37,2

Bron Eigen berekeningen en Pacolet en De Coninck (2015) en de MARA-studie (2013) daar geciteerd

## 6 | Plaats van de prijscontrole in een context van persoonsvolgende financiering: een toekomstverkenning?

### 6.1 Voorbeeld van persoonsvolgende financiering in Vlaanderen: het nieuwe stelsel voor personen met beperkingen

In 2010 lanceerde de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de beleidsnota ‘Perspectief 2020 – Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap’ (Vandeuren, 2010). Perspectiefplan 2020 luidt een grondige hervorming in van de sector voor personen met een handicap. Eén van de belangrijkste pijlers binnen het Perspectiefplan 2020 is de persoonsvolgende financiering (PVF).

Perspectiefplan 2020 stelt dat iedereen recht heeft om zijn leven zelf te organiseren. Inclusief personen die hiervoor ondersteuning nodig hebben. Maar de ondersteuning die iemand nodig heeft, is verschillend van persoon tot persoon. Daarom werd de persoonsvolgende financiering in het leven geroepen. De persoonsvolgende financiering laat toe dat personen een eigen budget ter beschikking krijgen waarmee ze zelf hun specifieke ondersteuning kunnen organiseren. Met andere woorden, de persoonsvolgende financiering gaat uit van een vraaggestuurde ondersteuning.

De persoonsvolgende financiering laat toe om de zorg, ondersteuning en assistentie voor personen met een handicap op een andere manier te organiseren en financieren. Het systeem bestaat uit twee trappen. De eerste trap is het basisondersteuningsbudget (BOB). De tweede trap bestaat uit het persoonsvolgend budget (PVB) (VAPH, 2016).

### 6.2 Trap 1: basisondersteuningsbudget (BOB)

Personen met een erkende handicap en een *beperkte ondersteuningsnood* kunnen een beroep doen op een basisondersteuningsbudget. Het basisondersteuningsbudget is een vast bedrag (300 euro) dat maandelijks wordt uitbetaald door de zorgkassen. Het budget is vrij besteedbaar. Het kan bijvoorbeeld worden gebruikt om dienstencheques te kopen voor een poetshulp, om de bijdrage voor reguliere huishulp te betalen, een vriend te vergoeden voor vervoerskosten, etc. Het basisondersteuningsbudget kan worden gecombineerd met andere tegemoetkomingen zoals de tussenkomst van het VAPH voor wat betreft hulpmiddelen en tegemoetkomingen voorzien door de federale overheid. Het basisondersteuningsbudget is echter niet te combineren met een persoonsvolgend budget. Het basisondersteuningsbudget is onderdeel van de Vlaamse Sociale Bescherming (VAPH, 2016).

### 6.3 Trap 2: persoonsvolgend budget (PVB)

Het persoonsvolgend budget is bedoeld voor personen met een handicap die nood hebben aan *intensieve of frequente handicap specifieke ondersteuning*. Met dit budget kunnen zij ondersteuning inkopen. Zowel rechtstreeks als niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning kan hiermee worden gefinancierd. Het betreft een gepersonaliseerd bedrag dat jaarlijks wordt uitbetaald.

Het persoonsvolgend budget kan worden gecombineerd met de tussenkomst van het VAPH voor hulpmiddelen en met federale tussenkomsten. Het is echter niet mogelijk om het persoonsvolgend budget te combineren met het basisondersteuningsbudget (VAPH, 2016).



Sinds 1 april 2016 kunnen meerderjarigen met een intensieve zorgnood een aanvraag indienen tot het bekomen van een persoonsvolgend budget. Sinds 1 september 2016 worden de eerste budgetten toegekend. Voor de meerderjarige personen die momenteel nog gebruik maken van de door het VAPH erkende en gespecialiseerde ondersteuning gebeurt de omschakeling naar de persoonsvolgende financiering op 1 januari 2017.

Voor de minderjarige personen met een handicap gebeurt de overschakeling naar de persoonsvolgende financiering op een gefaseerde manier. In 2016 en 2017 blijft de situatie voor hen ongewijzigd. Ten vroegste vanaf 2018 zal de persoonsvolgende financiering ook voor hen worden ingevoerd. Tot dan kunnen minderjarigen gebruik blijven maken van ondersteuning door onder andere thuisbegeleiding, multifunctionele centra, etc. Via een persoonlijke assistentiebudget (PAB) kunnen zij zelf hun ondersteuning organiseren. De aanvragen voor niet-rechtstreeks toegankelijke ondersteuning verloopt voor hen via de intersectorale toegangspoort (Website VAPH geraadpleegd op 23-11-2016).

### 6.3.1 Aanvraagprocedure

Om een persoonsvolgend budget aan te vragen, moet een bepaalde procedure worden doorlopen. Ten eerste moet er een ondersteuningsplan persoonsvolgende budget worden opgemaakt en worden ingediend bij het VAPH. In het ondersteuningsplan wordt op een gemotiveerde manier aangegeven voor welke ondersteuning de persoon met de handicap het budget nodig heeft. De persoon met de handicap kan het ondersteuningsplan zelf invullen of met behulp van een dienst ondersteuningsplan of andere organisaties zoals bijvoorbeeld een dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds. Dit is het 'subjectieve' luik van de aanvraagprocedure.

De objectivering van de vraag en de ondersteuningsnood gebeurt door een erkend multidisciplinair team. Het multidisciplinair team beoordeelt de handicap en verzamelt informatie omtrent de dringendheid van de vraag. Daarnaast bepaalt het multidisciplinair team ook de hoogte van het bedrag dat zal worden toegekend, namelijk de budgetcategorie. Dit alles wordt verwerkt in een multidisciplinair verslag.

Vervolgens bepaalt de prioriteitencommissie de prioriteit van de aanvraag. Zij wijzen de aanvraag toe aan een bepaalde prioriteitengroep. De prioriteitengroep is bepalend voor de termijn waarop het persoonsvolgend budget kan worden toegekend.

Op basis van de aangeleverde informatie neemt het VAPH een beslissing en wijst een persoonsvolgend budget toe (VAPH, 2016).

### 6.3.2 Budgetcategorieën

Het persoonsvolgend budget is opgedeeld in twaalf budgetcategorieën, gaande van een lager budget naar een hoger. In welke budgetcategorie iemand terecht komt, is afhankelijk van de specifieke ondersteuningsnoden. De budgetcategorieën en bijbehorende personeelspunten worden in onderstaande tabel weergegeven:

Tabel 6.1 Budgetcategorieën en personeelspunten persoonsvolgend budget

Budgetcategorie	Personeelspunten (maximum)	Persoonsvolgend budget (in euro per jaar)
I	12,2345	10 000
II	17,1283	14 000
III	24,4690	20 000
IV	33,6449	27 500
V	42,8208	35 000
VI	50,1615	41 000
VII	53,2201	43 500
VIII	55,0553	45 000
IX	59,9491	49 000
X	70,9602	58 000
XI	88,0885	72 000
XII	103,9933	85 000

Bron VAPH (2016)

### 6.3.3 Ondersteuning kiezen en organiseren

Met een persoonsvolgend budget kan men zorg en ondersteuning inkopen. Men kan bijvoorbeeld een beroep doen op het eigen netwerk (bv. familie, vrienden, burens, etc.) en hen hiervoor vergoeden, maar het laat ook toe om ondersteuning aangeboden door rechtstreeks toegankelijke zorgcentra (bv. dagopvang, begeleiding), gespecialiseerde door het VAPH vergunde zorgverleners, etc. aan te kopen.

Indien het persoonsvolgend budget is toegekend, moet de persoon met de handicap nagaan welke ondersteuning hij wil inkopen, hoe vaak en welke personen en/of organisaties hij hiervoor wenst in te schakelen. Er zijn zes ondersteuningsfuncties waarvoor een persoonsvolgend budget kan worden ingezet. Onderstaande tabel geeft de verschillende ondersteuningsfuncties weer.

Tabel 6.2 Ondersteuningsfuncties

Ondersteuningsfunctie	Beschrijving
Dagondersteuning	Begeleiding en ondersteuning in groep gedurende de dag. (bv. activiteiten in een dagcentrum).
Woonondersteuning	Begeleiding en permanentie in groep tijdens de nacht, met inbegrip van ochtend- en avonduren. (bv. personen die in een kleine groep samenwonen en samen worden ondersteund).
Individuele psychosociale begeleiding	Eén-op-één begeleiding om te helpen met de organisatie van het dagelijks leven gedurende een aantal uur per week. (bv. nadenken over de organisatie van het huishouden).
Individuele praktische hulp	Eén-op-één begeleiding bij algemene dagelijkse activiteiten van het leven gedurende een aantal uur per week. (bv. wassen).
Globale individuele ondersteuning	Eén-op-één psychosociale begeleiding en praktische hulp gedurende een aantal uur per week. (bv. de stappen van het kookproces doornemen en uitvoeren).
Oproepbare permanentie	De beschikbaarheid van de begeleiding om na een oproep binnen een bepaalde tijd niet-planbare één-op-één ondersteuning aan te bieden. (bv. hulp oproepen na een val).

Bron VAPH (2016)

#### 6.3.4 Ondersteuning betalen

Het persoonsvolgende budget is op drie manieren beschikbaar: (1) in cash, (2) als voucher en (3) een combinatie van cash en een voucher. Daarnaast bestaat het persoonsvolgend budget ook uit een vrij besteedbaar deel.

##### 6.3.4.1 Cash

Het persoonsvolgend budget kan worden toegekend in de vorm van cash geld. De persoon met de handicap organiseert en betaalt zelf rechtstreeks de voor hem noodzakelijke ondersteuning aan de zorgaanbieder. Hiertoe sluit de persoon met de handicap een overeenkomst af met de zorgaanbieder. Deze overeenkomst wordt aan het VAPH meegedeeld alsook de gemaakte kosten. De persoon met de handicap is dus zelf verantwoordelijk voor het beheer van het budget en legt hiervoor verantwoording af bij het VAPH. Indien gewenst, kan een bijstandsorganisatie (ook wel budgethoudersvereniging genoemd) hulp bieden bij de besteding en het beheer van het persoonsvolgende budget. Personen met een persoonlijk budget kunnen bij een bijstandsorganisatie terecht voor advies en ondersteuning omtrent de invulling van het budget, praktische zaken zoals het opmaken van contracten, etc.

Een persoonsvolgend budget in cash kan worden besteed aan een door het VAPH vergunde zorgaanbieder of aan een organisatie die niet door het VAPH is vergund (bv. een individuele begeleider, gezinszorg, poetshulp, etc.). In dit laatste geval krijgt de persoon met de handicap 11,94% beheerskosten bovenop het gedeelte van het budget toegekend. Dit is ter compensatie voor het administratieve beheer van het budget. Deze compensatie kan ook worden gebruikt om bijkomende ondersteuning in te kopen. Indien er een overeenkomst is afgesloten met een VAPH vergunde zorgaanbieder gaan de beheerskosten naar de zorgaanbieder (VAPH, 2016).

##### 6.3.4.2 Voucher

Het persoonsvolgend budget in de vorm van een voucher kan enkel worden besteed voor het inkopen van ondersteuning verschaft door een door het VAPH vergunde zorgaanbieder. Ook individuele bijstand van een bijstandsorganisatie kan er mee worden betaald. Het VAPH betaalt de ondersteuning vervolgens rechtstreeks aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder of bijstandsorganisatie staat zelf in voor de administratieve afhandeling bij het VAPH. De persoon met de handicap die gebruik maakt van de voucher formule hoeft dus niet zelf een overeenkomst op te stellen en zijn budget te beheren (VAPH, 2016).

##### 6.3.4.3 Combinatie cash en voucher

Een derde manier om het persoonsvolgend budget te besteden, is een deel in cash betalen en een deel door gebruik te maken van een voucher. Aan de keuze voor deze combinatie zijn geen voorwaarden verbonden. Enkel de specifieke bestedingsregels verbonden aan de betaling in cash als via een voucher moeten in acht worden genomen.

Voor de besteding van een cash budget betekent dit in dat zowel ondersteuning aangeboden door een VAPH zorgaanbieder of andere organisaties en personen die niet door het VAPH vergund zijn, kan worden aangekocht. De persoon met de handicap moet zelf een overeenkomst opstellen en zijn budget administratief beheren. Een voucher daarentegen kan enkel worden gebruikt voor de betaling van door het VAPH vergunde ondersteuning en hulp van een bijstandsorganisatie. De persoon met de handicap moet niet zelf een overeenkomst opstellen. Dit gebeurt door de VAPH vergunde organisatie of bijstandsorganisatie zelf (VAPH, 2016).

##### 6.3.4.4 Vrij besteedbaar budget

Ieder jaar mag een bepaald deel van het persoonsvolgend budget vrij worden besteed. Dit wil zeggen dat er geen verantwoording moet worden gegeven met betrekking tot bepaalde gemaakte kosten (bv. telefoonkosten, etc.).

Het vrij te besteden deel van het budget is afhankelijk van de toegekende budgetcategorie.

**Tabel 6.3** Vrij besteedbaar budget per budgetcategorie

budgetcategorie	Vrij besteedbaar budget (in euro)
Budgetcategorieën I tot en met IV (= jaarbudget tot 35 000 euro)	1 800
Budgetcategorieën V tot en met XII (= jaarbudget groter of gelijk aan 35 000 euro)	3 600

Bron VAPH (2016)

De berekening van het vrij besteedbaar budget gebeurt pro rata. Iemand die bijvoorbeeld op 1 september een persoonsvolgend budget van 36 000 euro ter beschikking krijgt gesteld, heeft voor de resterende vier maanden van dat jaar nog recht op een vrij te besteden bedrag van 1 200 euro (VAPH, 2016).

#### 6.4 Lessen voor de prijscontrole in de woonzorgcentra

De invoering van de persoonsvolgende financiering in de residentiële ouderenzorg in Vlaanderen heeft nog geen definitieve vorm gekregen maar zal niet identiek zijn met de persoonsvolgende financiering voor de personen met een beperking (Vandeurzen, 2017, Conceptnota, p. 86). Pilootprojecten worden aangekondigd. De invoering van het instellingforfait heeft de duidelijke band tussen dit gemiddeld forfait en de individuele hulpbehoefte van de bewoners versluierd. Zoals wij hierboven nog eens illustreerden door de band aan te tonen tussen de bewonersmix van de instelling en het budget waarover zij kunnen beschikken, is deze evenwel reëel. Het is als het ware impliciet een voucher dat per bewoner wordt verstrekt en dat rechtstreeks verrekend wordt tussen de zorgaanbieder en de Vlaamse Sociale Bescherming, voorheen het RIZIV. Zelfs indien de bewoner het budget zelf zou 'in geld' bekomen, zoals overigens reeds in het buitenland het geval is, en zoals hij overigens ook in Vlaanderen reeds in beperkte mate krijgt via de Vlaamse Zorgverzekering en de THAB, heeft hij er belang bij dat zowel de kwaliteit als de prijs van de diensten die hij gebruikt wordt bewaakt. Het kan ons dan ook niet verwonderen dat ook de conceptnota over de residentiële voorzieningen (december, 2017) spreekt van een combinatie van een zorgticket en een zorgbudget, dat overigens ook een ondersteuning moest vormen voor de mantelzorg (Ibidem, p. 86).<sup>27</sup> In die zin is het verder uitbouwen van deze controle ook een investering in de toekomstige reglementering van de sector.

<sup>27</sup> Bij een evaluatie van de Vlaamse Zorgverzekering, die oorspronkelijk zelfs gelanceerd werd als een mantelzorgpremie, en bij de bevolking ook zo ingeburgerd geraakte, hadden wij regelmatig discussies met de administratie of deze premie enkel voor 'niet-medische kosten' moest dienen of ook moest de mantelzorg ondersteunen en de eventuele kosten die dit meebrengt compenseren (Pacolet, Merckx, Spruytte & Cabus, 2010).



## 7 | Uitbouw van de sociale bescherming van de residentiële ouderenzorg in andere landen en de rol van prijscontrole

### 7.1 Uitbouw langdurige zorg: situering van de weerhouden landenstudies

De sociale bescherming voor langdurige zorg kan getypeerd worden op verschillende assen. In het verleden hanteerden wij vooreerst de dimensie van de hoogte van de sociale bescherming, die overigens veelal ook samenhangt met de hoogte van het nationaal inkomen: rijke economieën veroorloven zich een goed uitgebouwde zorg. De andere dimensie is de oriëntatie naar in geld ('in cash') versus in natura ('in kind'), en bijkomend de oriëntatie naar thuiszorg versus residentiële zorg.

De financiering in natura omhelst een ganse reeks van extramurale, transmurale en intramurale voorzieningen. De vergoeding in geld kan een extra uitkering zijn die vrij te besteden is voor de aankoop van zorg zodat zij indirect ook deze diensten zal financieren. Zij kan ook een vergoeding betekenen voor de mantelzorg. Deze kan eerder symbolisch van aard zijn maar kan ook een volwaardige uitkering of '*care allowance*' gaan vormen. Een tussenpositie is wanneer men minstens de sociale zekerheid probeert te vrijwaren door bijvoorbeeld de pensioenrechten verder te laten opbouwen, al dan niet mits concrete premiestorting. In feite horen hier allerlei zorgverloven, al dan niet met vergoeding, in thuis.<sup>28</sup> Een voorbeeld daarvan is ook dat men terug kan naar de werkloosheidsverzekering als men de periode van het opnemen van zorgtaken afsluit, en zonder werk komt te vallen. Waar situeren zich de gekozen landen?

Er zijn verschillende studies, startend met onze eigen pioniersstudies in 1995 en 1999, over de uitbouw en de financiering van de langdurige zorg in het algemeen of voor ouderen in het bijzonder. In onze pioniersstudie van begin jaren negentig hadden wij het overigens nog over 'sociale bescherming' in het algemeen zonder de term langdurige zorg 'long-term care' in de mond te nemen die nadien algemeen opgang vond. Wij kunnen ons bijgevolg gemakkelijk inleven in het feit dat het gros van de langdurige zorg in Vlaanderen zal ondergebracht worden onder de koepel 'Vlaamse sociale bescherming'. Alhoewel deze studies telkens opnieuw een geactualiseerd overzicht wensen te brengen van de bestaande stelsels, en elk op zich meer dan lezenswaard zijn, wensen wij echter de meer officiële statistische bronnen te gebruiken. Dit is aan de ene kant het Europese 'Ageing Report 2015' en het System of Health Accounts. Het 'Ageing Report 2015' is een Europees equivalent van het Jaarlijkse rapport van de Belgische Commissie voor de Vergrijzing, en schat voor alle EU-landen de impact in van de kost van de vergrijzing op de publieke financiën nu en in de toekomst. De Belgische berekeningen gebeuren trouwens door hetzelfde Federaal Planbureau dat ook de berekeningen doet voor het rapport van de Commissie voor de Vergrijzing, maar dan volgens de Europese afspraken. Het is de referentie voor het monitoren van de publiek financiën in het kader van het Europees Semester. Het System of Health Accounts (SHA) is het door de OESO, WHO en ook Eurostat gepropageerde stelsel van satellietrekeningen voor de gezondheidszorg, met inbegrip van de langdurige zorg. Het is vergelijkbaar met het stelsel van de nationale rekeningen, en heeft ook de bedoeling om, vertrekkend van het grootste detail, finaal te komen tot de meting van de omvang van de bestedingen in de zorgsector. Het voordeel van het Ageing Report is dat het extra inspanningen

<sup>28</sup> Europees wenst men deze mantelzorg verder te ondersteunen door in het kader van langdurige zorg ook de combinatie van zorg en werk te vergemakkelijken. Zie onze bijdragen voor België en Luxemburg in het kader van een voorbereidende studie van het ESPN-netwerk (De Wispelaere & Pacolet, 2017).

heeft gedaan tot harmonisering van de informatie over langdurige zorg, zowel in termen van gebruikers als van bestedingen. Het nadeel is dat zij evenwel enkel naar de publieke bestedingen heeft gekeken en niet naar de private uitgaven. Het voordeel van het SHA is dat zij zowel de publieke als private uitgaven in beeld brengen. Het nadeel is dat het een ‘jonge’ statistiek betreft, zodanig dat er nog veel onnauwkeurigheden in zitten die wij ten dele kunnen identificeren voor België, maar wat onmogelijk is voor alle andere landen. Toch gebruiken wij beide bronnen als ‘*best practical*’ inschatting van de realiteit.

Een voor dit onderzoek belangrijke kritiek op de SHA voor België was de afwezigheid van de eigen bijdragen in de woonzorgcentra, die niet als een remgeld werden geïdentificeerd maar als een woon en leefkost die ook niet meegeteld wordt als men thuis zou verzorgd worden. Wij hebben in het verleden regelmatig geargumenteed dat dit wel moet in rekening genomen worden aangezien de eigen bijdragen een wezenlijk deel uitmaken van de bestedingen in deze sector, en de financiering, en dus ook in beeld moet komen (onder meer Pacolet & Borghgraef, 2008). Onlangs werd dit nog bevestigd in een nieuwe studie (Calcoen, et al.). Het RIZIV zelf heeft trouwens steeds de dagprijs van de ROB en RVT niet in beeld gebracht terwijl zij dit wel en zeer gedetailleerd doet voor de overige remgelden.

### 7.1.1 Situering weerhouden landen op basis van Ageing Report 2015

Tabel 7.1 Publieke uitgaven voor langdurige zorg, totaal en in % van BBP en totaal per gebruiker, 2013

	Total uitgaven langdurige zorg als % van het BBP	BBP (in miljoen euro)	Totale uitgaven langdurige zorg (in miljoen euro)	Totale uitgaven langdurige zorg per gebruiker (in duizend euro)	Uitgaven langdurige zorg <i>in kind</i> per gebruiker (in duizend euro)	Uitgaven langdurige zorg <i>in cash</i> per gebruiker (in duizend euro)
BE - België	2,1	395 242	8 369	9,6	9,6	
BG - Bulgarije	0,4	41 048	166	1,4	1,4	
CZ - Tsjechië	0,7	157 285	1 177	1,5	1,0	2,3
DK - Denemarken	2,4	252 939	6 181	22,5	40,3	2,6
DE - Duitsland	1,4	2 809 480	39 258	15,8	24,9	8,8
EE - Estland	0,6	18 739	106	2,9	2,0	4,4
IE - Ierland	0,7	174 791	1 164	12,5	12,5	
EL – Griekenland	0,5	182 438	879	2,9	5,0	2,8
ES – Spanje	1,0	1 049 181	10 334	6,9	7,1	6,7
FR – Frankrijk	2,0	2 116 565	41 760	17,6	19,4	9,5
HR - Kroatië	0,4	43 562	186	1,3	5,1	0,2
IT – Italië	1,8	1 609 462	28 887	10,1	14,6	7,6
CY – Cyprus	0,3	18 119	46	3,3	2,8	3,7
LV – Letland	0,6	23 265	145	5,0	6,2	2,4
LT – Litouwen	1,4	34 956	481	2,1	2,4	1,6
LU - Luxemburg	1,5	45 288	663	44,4	47,3	23,9
HU – Hongarije	0,8	100 536	758	4,9	4,9	
MT – Malta	1,1	7 571	85	6,7	7,4	4,5
NL – Nederland	4,1	642 851	26 399	28,5	28,5	
AT – Oostenrijk	1,4	322 595	4 570	6,5	7,2	6,2
PL - Polen	0,8	396 111	3 183	1,8	8,7	0,9
PT – Portugal	0,5	169 395	779	2,6	21,3	0,0
RO – Roemenië	0,7	144 282	1 004	1,2	2,5	0,0
SI – Slovenië	1,4	36 144	519	4,8	5,5	3,9
SK – Slowakije	0,2	73 593	170	0,6	1,2	0,2
FI – Finland	2,4	201 995	4 947	9,5	20,2	2,2
SE – Zweden	3,6	436 342	15 794	30,6	52,0	2,6
UK – Verenigd Koninkrijk	1,2	2 017 194	23 341	8,4	16,4	1,7
EU28	1,6	13 520 970	221 331	10,5	20,2	5,6

Bron ECFIN, Ageing Report (2015)

De vier weerhouden landen voor een gedetailleerde analyse besteden op dit ogenblik van 1,4 tot 4,1% van hun bbp aan langdurige zorg. Het hoogste is Nederland, het laagste is Oostenrijk. In tabel 7.2 zien wij evenwel dat Oostenrijk en Duitsland een veel kleinere groep van gebruikers heeft, zodat zelfs met minder middelen het bedrag per gebruiker hoger is dan in België. Oostenrijk kent het laagste bedrag per gebruiker. De bedragen zijn verder beïnvloed door het niveau van het nationaal inkomen



(bbp), zodat landen met een hoog inkomen ook een hoog bedrag zullen besteden aan langdurige zorg, zonder dat dit in werkelijkheid een hogere beschikbaarheid betekent. Ook de lonen van het personeel in deze voorzieningen zijn immers hoger, de infrastructuur is duurder, en zonder dat er noodzakelijk meer plaatsen beschikbaar zijn, of meer personeel, kan de besteding per gebruiker hoger zijn. Belangrijk als indicator van toegankelijkheid is het aantal gebruikers.

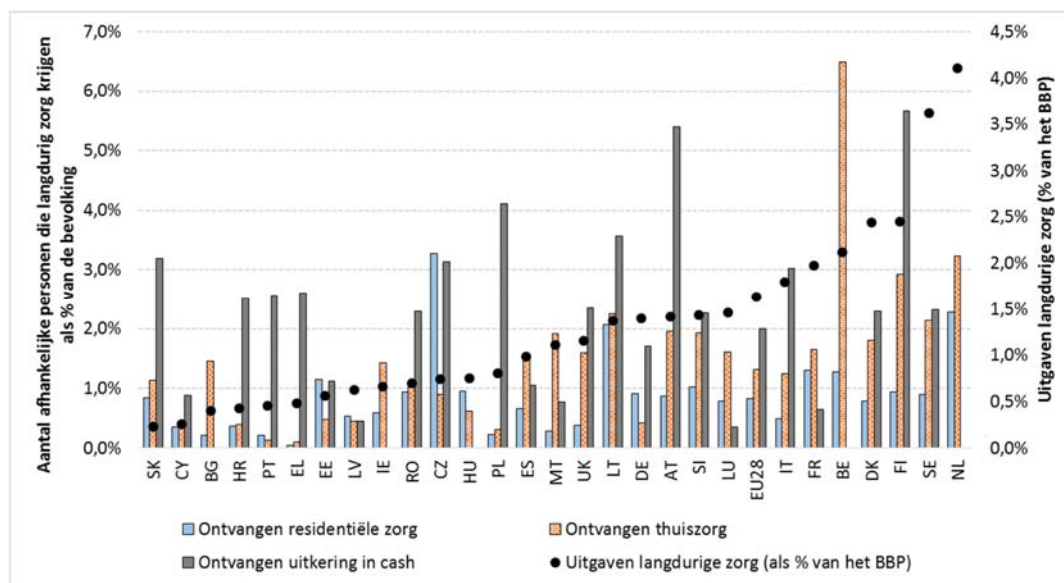
In de tabel 7.2 zien wij dat zowel in Duitsland als Oostenrijk maar ook Luxemburg het aanbod en gebruik van residentiële voorzieningen beperkt is, terwijl dit het hoogst is in Nederland. België heeft een middenpositie. De thuiszorg daarentegen is nog meer uitgebouwd in Nederland, ook redelijk in Luxemburg en Oostenrijk, en opnieuw minder goed in Duitsland. De cijfers voor België missen betrouwbaarheid. Zij werden ingeschat als het verschil tussen het totaal aantal afhankelijke personen en het aantal dat gebruik maakt van residentiële zorg. Hierna gaan wij in detail in op deze landen en een aantal karakteristieken, maar in deze tabel blijkt alvast het ruimer gebruik van uitkeringen in geld, met name vooral in Oostenrijk, ook in Duitsland maar ook in Luxemburg. In het laatste land is er vooral een intensief gebruik van zowel uitkeringen in natura samen met uitkeringen in geld, maar ook in Oostenrijk wordt het 'Pflegegeld' zowel gebruikt in de thuissetting als voor de bewoners van het woonzorgcentrum. In Nederland en België zijn geen uitkeringen in cash te merken. Voor België betekent dit dat men niet de zorgverzekering, niet de THAB en ook niet de integratietegemoetkoming voor personen met beperkingen heeft genoteerd. Het illustreert hoe dat elk cijfer pas betekenisvol wordt als men de nationale situatie beter in detail kent en tegelijk wordt door dit gedetailleerd gebruik elke tekortkoming in de cijfers uitvergroot. Maar het blijven de *'best practical'* cijfers. Enkel door de cijfers te gebruiken en te wijzen op de tekortkomingen kunnen zij in de toekomst verfijnd worden. *'The proof of the pudding is in the eating'*, zelfs al kan de smaak nadien tegen vallen.

**Tabel 7.2 Aantal gebruikers van residentiële zorg, thuiszorg en uitkering in geld en als % van de totale bevolking, 2013**

	Bevolking (in miljoenen)	Ontvangen residentiële zorg		Ontvangen thuiszorg		Ontvangen uitkering in cash	
		Aantal (in .000)	Als % van de bevolking	Aantal (in .000)	Als % van de bevolking	Aantal (in .000)	Als % van de bevolking
BE	11,2	143	1,3	728	6,5	0	0,0
BG	7,3	15	0,2	106	1,5	0	0,0
CZ	10,5	345	3,3	94	0,9	329	3,1
DK	5,6	44	0,8	101	1,8	129	2,3
DE	81,3	740	0,9	348	0,4	1 391	1,7
EE	1,3	15	1,1	6	0,5	15	1,1
IE	4,6	27	0,6	65	1,4	0	0,0
EL	11,0	4	0,0	10	0,1	288	2,6
ES	46,6	307	0,7	693	1,5	490	1,1
FR	65,7	854	1,3	1 089	1,7	428	0,7
HR	4,3	16	0,4	17	0,4	108	2,5
IT	60,2	294	0,5	754	1,3	1 823	3,0
CY	0,9	3	0,4	3	0,4	8	0,9
LV	2,0	11	0,5	9	0,5	9	0,5
LT	3,0	61	2,1	67	2,3	106	3,6
LU	0,5	4	0,8	9	1,6	2	0,3
HU	9,9	95	1,0	61	0,6	0	0,0
MT	0,4	1	0,3	8	1,9	3	0,8
NL	16,8	383	2,3	544	3,2	0	0,0
AT	8,5	74	0,9	166	2,0	458	5,4
PL	38,5	86	0,2	118	0,3	1 583	4,1
PT	10,5	23	0,2	14	0,1	268	2,6
RO	20,0	189	0,9	204	1,0	460	2,3
SI	2,1	21	1,0	40	1,9	47	2,3
SK	5,4	45	0,8	62	1,1	172	3,2
FI	5,4	51	0,9	159	2,9	308	5,7
SE	9,6	87	0,9	206	2,1	224	2,3
UK	64,1	243	0,4	1 020	1,6	1 508	2,4
EU28	507,2	4 182	0,8	6 701	1,3	10 156	2,0

Bron ECFIN, Ageing Report (2015)

**Figuur 7.1** Percentage van de bevolking dat langdurige zorg krijgt in natura of in cash en uitgaven voor langdurige zorg als % van het BBP, 2013



Bron EC, 2015 Ageing Report.

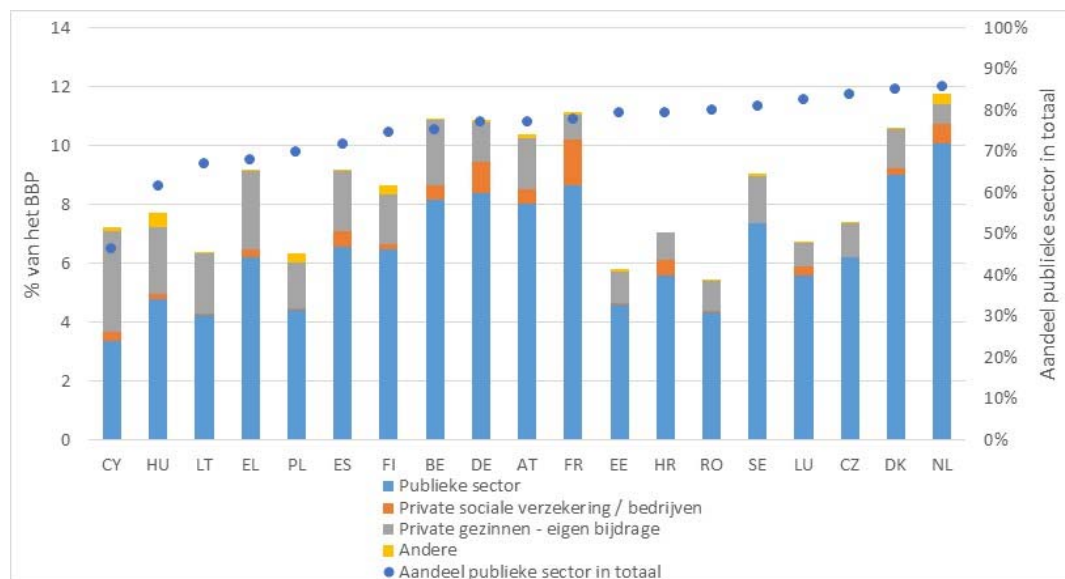
### 7.1.2 Situering weerhouden landen op basis van gezondheidszorgrekeningen (SHA 2011)

Het nadeel van vorige informatiebron was dat enkel de publieke uitgaven in beeld zijn gebracht. Daarom maken wij ook gebruik van de zorgrekening, of meer specifiek de gezondheidszorgrekening die wordt opgesteld op basis van het *System Health Accounts* SHA, versie 2011. Drie dimensies zijn in eerste instantie bruikbaar: i) de financiering, naar financieringstabel (HF-Health Financing), en dan vooral het onderscheid publieke financiering en eigen bijdragen; ii) de ‘provider’ (HP) of verstrekker, aanbieder, bijvoorbeeld het onderscheid residentiële ouderenzorg versus thuiszorg en iii) de functie (HC), die in feite een herclassificatie is van (deel-)activiteiten van bovengenoemde verstrekkers naar voor analyse en internationale vergelijking meer homogene functies van het gezondheidszorgstelsel als acute zorg, medische goederen, langdurige zorg. Wij combineren hierna de dimensie financiering met verstrekkers en met functies, voor de categorieën die het best overeenkomen met wat onder-tussen internationaal algemeen geaccepteerd is als langdurige zorg. Wij proberen in de cijfers de residentiële voorzieningen en diensten voor ouderen te identificeren. Problemen zijn onder meer ontbreken van bepaalde reeksen, mogelijks verkeerde classificatie, en vooral ook inherente beperking van de gezondheidszorgrekening, met name dat de perimeter in eerste instantie is gelegd op gezondheidszorg, en slechts geleidelijk is uitgebreid naar belendende percelen in de sociale en welzijnszorg. Vooral in de langdurige zorg is het onderscheid moeilijk te maken, en kunnen gelijkaardige behoeften zowel ingevuld worden door aanbieders uit de gezondheidszorg als uit de welzijnszorg. Zo zullen wij ook in de Belgische en internationale situatie vaststellen dat er langdurige zorg via zowel de ziekte-verzekering als de zorgverzekering gefinancierd wordt.

De gezondheidsgerelateerde langdurige zorg wordt als ‘HC3’ gerubriceerd, met verder het onderscheid tussen HC31, ‘inpatient care’, met overnachting; HC32, dag (of nacht) opvang in een voorziening; HC33 ‘outpatient care’, wat vanuit een voorziening opgevolgde zorg voor personen die thuis verblijven impliceert (bijvoorbeeld opvangen van een ziekte voor patiënten die thuis verblijven) en HC34 ‘home based’, zorg die in de woning van de patiënt wordt verstrekt (OECD, SHA 2.0, 2011). Het onderscheid tussen HC33 en HC34, of zelfs HC32 is soms moeilijk te maken of statistieken zijn niet beschikbaar. Onder HC3 vallen zowel de medische en verpleegkundige zorg als de persoonlijke

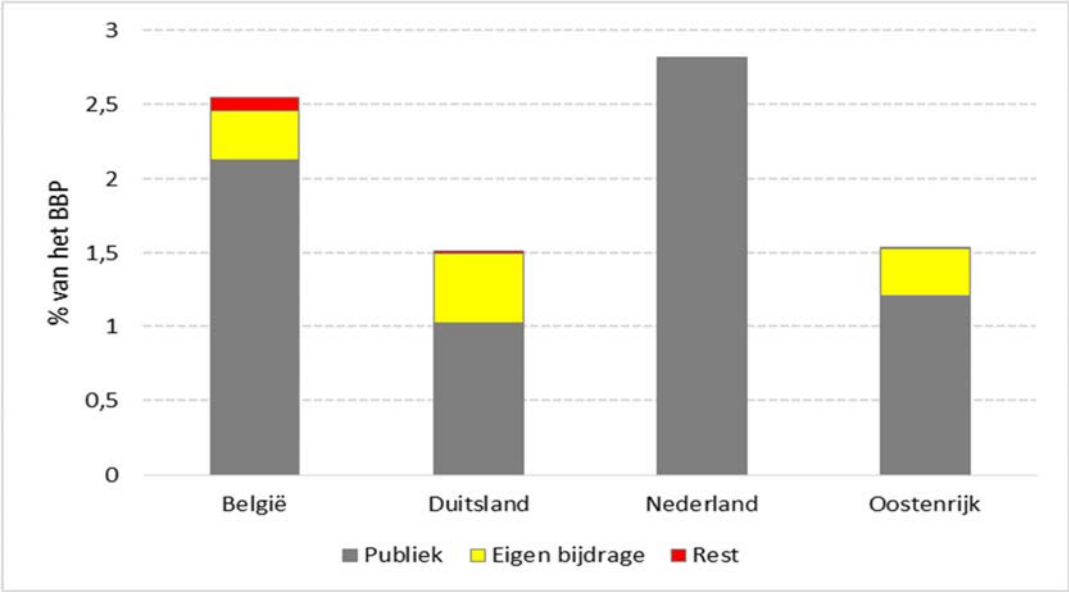
zorg voor ADL-beperkingen. Indien de zorg eerder hulp betreft voor IADL-beperkingen, moet deze activiteit bij de HC.R.1 'Health care related long-term care' van een eerder 'social' (welzijns) karakter worden ondergebracht (zie de informatie hierover in bijlage 4, tabel b4.1). Soms verstrekken diensten zowel zorg die het karakter heeft van HC3 (gezondheidszorg, ADL) als van hulp (IADL). De uitgaven moeten dan daar ondergebracht worden waar de meerderheid van de activiteiten (in geldtermen) zich situeren (Ibidem, p. 79 en 102-403). Bij de HC.R.1 wordt nog verder een onderscheid gemaakt tussen HC.R.1 in natura langdurige welzijnszorg en HC.R.2 'long-term social care cash-benefits'. In de laatste categorie zouden wij bijvoorbeeld de Vlaamse Zorgverzekering en de THAB moeten terugvinden (en de integratietegemoetkoming aangezien LTC ruimer is dan alleen ouderenzorg). Zowel residentiële als thuiszorgdiensten moeten onder HC.R.1 'in kind long term social care' worden opgenomen, maar er zijn geen aparte codes meer voorzien voor 'in patiënt' en 'at home' zodat het detail dat wij zoeken van de residentiële ouderenzorg ook in deze 'best practice' statistiek al vlug zoek is. Het laat zich raden dat het ook vaak niet correct zal ingevuld zijn. In bijlage tabel b.4.1 blijken voor België overigens geen uitgaven voor HC.R.1 te zijn vermeld in 2013, zodat de sector van de woonzorgcentra volledig zou moeten vermeld zijn onder HC3, met name HC31. Wij brengen deze informatie in figuur 7.3 en 7.4 in beeld. De internationale en Europese statistieken geven nog steeds een partieel zicht op de langdurige zorgen en daarin de residentiële ouderenzorg. De hier gerapporteerde statistieken illustreren de tekortkomingen. Daarom schakelen wij hierna over naar nationale bronnen voor een viertal landen.

**Figuur 7.2** Private en publieke uitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg (2013)



Bron Eurostat Health Statistics, SHA 11

**Figuur 7.3** Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013, naar financiering (HF) voor HC3



Bron Eurostat Health Statistics, SHA 11

**Tabel 7.3** Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013 naar functie

HC	België	Duitsland	Nederland	Oostenrijk
Long-term care (health) (HC 3)	2,55	1,52	2,82	1,53
Inpatient long-term care (health) (HC 31)	1,5	0,97	2,36	0,73
Day long-term care (health) (HC 32)	0,02	0,01	:	0,01
Outpatient long-term care (health) (HC 33)	0,08	:	:	:
Home-based long-term care (health) (HC 34)	0,96	0,54	0,46	0,79
Long-term care (social) (HCR 1)	:	0,11	1,41	:
Long-term care (HC.3 and HCR.1)	2,55	1,63	4,23	1,53

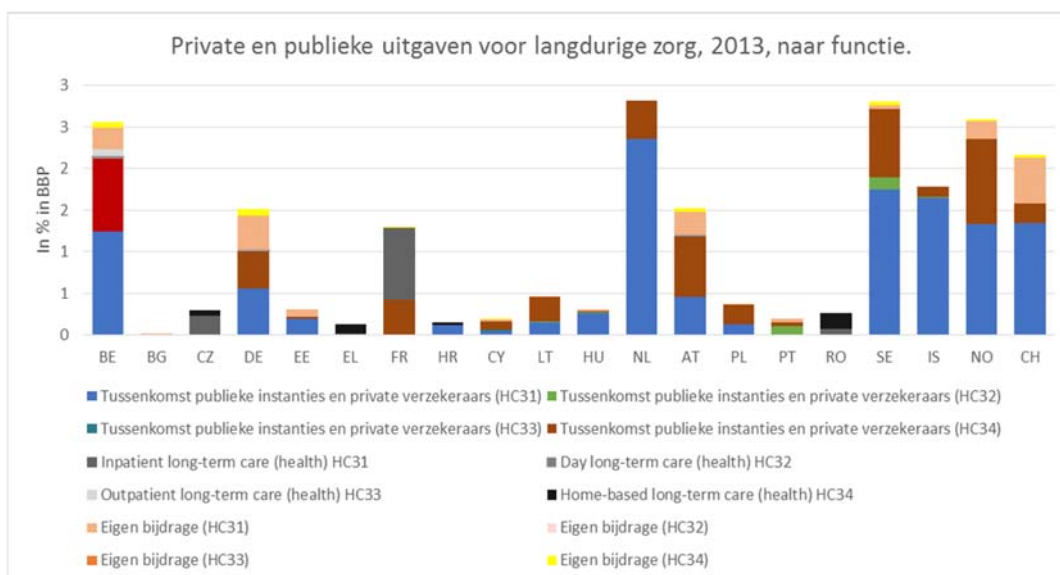
Bron Eurostat Health Statistics, SHA 11

Tabel 7.4 Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het bbp, 2013, naar functie en financiering

HC	België	Duitsland	Nederland	Oostenrijk
<i>Inpatient long-term care (health) (HC 31)</i>				
Totale financiering	1,50	0,97	2,36	0,73
Eigen bijdrage	0,26	0,41	0,00	0,27
Tussenkost publieke instanties en private verzekeraars	1,24	0,56	2,36	0,46
<i>Day long-term care (health) (HC 32)</i>				
Totale financiering	0,02	0,01	:	0,01
Eigen bijdrage	:	:	:	:
Tussenkost publieke instanties en private verzekeraars	:	:	:	:
<i>Outpatient long-term care (health) (HC 33)</i>				
Totale financiering	0,08	:	:	:
Eigen bijdrage	:	:	:	:
Tussenkost publieke instanties en private verzekeraars	:	:	:	:
<i>Home-based long-term care (health) (HC 34)</i>				
Totale financiering	0,96	0,54	0,46	0,79
Eigen bijdrage	0,07	0,08	0	0,05
Tussenkost publieke instanties en private verzekeraars	0,89	0,46	0,46	0,74

Bron Eurostat Health Statistics, SHA 11

Figuur 7.4 Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, naar functie, in % van het BBP (2013)



\* HC31: Inpatient long-term care; HC32: day long-term care; HC33: outpatient long-term care; HC34: home-based long-term care.

Bron Eurostat Health Statistics, SHA 11

Tabel 7.5 Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013, naar verstrekker

HP	België	Duitsland	Nederland	Oostenrijk
Residential long-term care facilities (HP 2)	1,50	0,98	2,74	0,82
Long-term nursing care facilities (HP 21)	1,07	0,98	2,06	:
Mental health and substance abuse facilities (HP 22)	0,03	:	:	:
Other residential long-term care facilities (HP 29)	0,41	:	0,68	:
Providers of home health care services (HP 35)	0,90	0,44	:	0,15
All other industries as secondary providers of health care (HP 82)	:	0,09	0,12	0,05

Bron: Eurostat Health Statistics, SHA 11

Tabel 7.6 Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, in % van het BBP, 2013 naar verstrekker en financiering

HF	Residential long-term care facilities (HP 2)			
	België	Duitsland	Nederland	Oostenrijk
All financing schemes	1,50	0,98	2,74	0,82
Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes (1)	1,25	0,56	2,74	0,48
Voluntary health care payment schemes (2)	0,00	0,01	0,00	0,05
Household out-of-pocket payment (3)	0,26	0,41	0,00	0,29

Bron: Eurostat Health Statistics, SHA 11

## 7.2 Nederland

### 7.2.1 Stelsel

Nederland heeft een lange traditie in de organisatie van een verzekering van het risico voor langdurige zorg. Sinds 1968 was de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) het voorbeeld van een geïntegreerd en ruimhartig verzekeringssysteem van zowel de zorg voor ouderen als voor personen met beperkingen.

In 2007 werd een deel van het risico overgeheveld naar de lagere overheden, de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Sinds januari 2015 is het landschap volledig hertekend. Op 1 januari 2015 verdween de AWBZ en werd hij opgedeeld in de Wet Langdurige Zorg (Wlz), de Wmo, de Zvw of Zorgverzekeringswet (2006), in feite de ziekteverzekeringwet, en de Jeugdwet (Delsen, 2015). Wanneer de AWBZ een grote mate van integratie kende, is er een fragmentering opgetreden die vermoedelijk veroorzaakt is door een streven om de verantwoordelijkheden voor de zorg zo laag mogelijk te leggen.

Met de hervorming van de ziekteverzekering in 2006 (stelsel van geregleerde competitie) werd de nauwkeurige opvolging van de marktwerking des te belangrijker. De geregleerde marktwerking introduceerde een grotere handelingsvrijheid voor verzekeraars en aanbieders. De Wet van 7 juli 2006, houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg) heeft een regulerende bevoegdheid voor de Zorgverzekeringswet maar sinds 2016 ook voor de Wet langdurige zorg.

Zorg die in 2014 nog in de AWBZ geregeld was, is overgegaan naar vier andere wetten: de Wmo 2015, de Zvw, de Jeugdwet en de Wlz (zie ook Wlz-kompas op Zorginstituut Nederland). Zo

gaat de thuisverpleging die in de AWBZ zat naar de Zvw (zoals zij in België in het RIZIV gebleven is bij de jongste staatshervorming).

Van in het begin is er ook een eigen bijdrage van de bewoners. Dit wordt centraal verrekend en berekend door het CAK, voorheen Centraal Administratiekantoor, een overheidsdienst die sinds het tot stand komen van de AWBZ verantwoordelijk was voor het innen van de eigen bijdrage van de gebruikers. Sinds 1 januari 2015 heeft het naast een aantal andere functies de opdracht om de eigen bijdragen te innen van de gebruikers in zowel de Wlz als de Wmo.

### 7.2.2 Prijsbepaling

In het AWBZ stelsel is sinds 2009 de financiering voor de voorzieningen georganiseerd via zorgzwaartepakketten (Zzp's). De terugbetalingstarieven hiervan werden vastgesteld door de NZa, de Nederlandse Zorgautoriteit. Er wordt geen rekening gehouden met de kost van de infrastructuur. De NZa bepaalt voor elk van de Zzp een gemiddeld tarief/maximaal tarief (tabel 7.7). Voor de invoering in 2009 was de infrastructuurkost ook geen onderdeel van dit tarief. De voorzieningen ontvangen, als een soort voucher, per bewoner die voor hen kiest en in functie van zijn Zzp een gemiddeld budget. Onderhandelingen zijn niet nodig. Er was in die tijd dan ook kritiek op het feit dat dit niet bevorderlijke was voor de kosteneffectiviteit en concurrentie, iets waaraan nadien werd geredigeerd. Voor de residentiële ouderenzorg gelden de tarieven van 'Verpleging en Verzorging'.

**Tabel 7.7 Zorgzwaartepakketten Verpleging en Verzorging, impliciete tijd en maximumtarieven, 2015**

Categorie	Omschrijving	Tijd per cliënt per week, inclusief dagbesteding	Totaalwaarde per dag niet toegelaten voor behandeling	Totaalwaarde per dag toegelaten voor behandeling
1 VV	VV Beschut wonen met enige begeleiding	3,0 tot 5,0 uur	66,70	
2 VV	VV Beschut wonen met begeleiding en verzorging	5,5 tot 7,5 uur	85,03	
3 VV	VV Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	9,5 tot 11,5 uur	103,07	128,92
4 VV	VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	11,0 tot 13,5 uur	117,25	143,12
5 VV	VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	16,5 tot 20,0 uur	160,92	188,11
6 VV	VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	16,5 tot 20,0 uur	161,22	188,42
7 VV	VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	20 tot 24,5 uur	189,40	224,46
8 VV	VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	24,5 tot 29,5 uur	221,02	256,07
9b VV	VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	18,0 tot 22,0 uur	156,86	223,41
10 VV	VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	26,5 tot 32,5 uur	241,83	276,92

Bron Prestatiebeschrijvingen Zorgzwaartepakketten V&V; NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten



Volgende partijen hebben een rol:

- de zorgverzekeraars;
- de zorgkantoren die voor de AWBZ instonden;
- de zorgaanbieders;
- de consument.

Het optreden van de NZa heeft veel weg van een mededingingsautoriteit, maar daarnaast heeft ook de Nederlandse Mededingingsautoriteit zelf nog een toezicht op de mededinging. Volgens de website is de taak van de NZa:

*‘De NZa stelt tarieven en behandelomschrijvingen vast in de zorg. De NZa bepaalt welke zorg aanbieders in rekening mogen brengen en wat de zorg (maximaal) mag kosten. Bijvoorbeeld voor behandelingen bij de huisarts of tandarts, of voor de zorg aan mensen met een handicap. Voor de meeste zorgbehandelingen maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen afspraken over de inhoud van de behandeling, de kwaliteit en de prijs ervan.’*

De CAK (voorheen afkorting van Centraal Administratiekantoor) berekent en int al decennia de eigen bijdrage in de AWBZ-voorzieningen. De bijdrage van de bewoners kent twee tarieven: een laag (bij kortstondig verblijf, minder dan 6 maand) en een hoog tarief.

Een eigen bijdrage is verschuldigd rekening houdend met volgende parameters:

- zorgbehoefte;
- leeftijd;
- huishouden;
- inkomen;
- vermogen.

In het voorbeeld in bijlage b4.1 gebruiken wij het simulatiemodel van de CAK om een equivalente eigen bijdrage te berekenen voor iemand met een laag pensioen van 14 000 euro per jaar, geen belastingen, en een financieel vermogen van 100 000 euro.

De vermogenstoets is gebaseerd op ‘box 3’ in de belastingaangifte. Het houdt bijgevolg geen rekening met ‘box 1’, de eigen woning. Enkel het overige vermogen (roerend inkomen) en inkomen (huur) van het onroerend vermogen wordt in rekening genomen.

In Nederland wordt het inkomen op vermogen toegevoegd aan het belastbaar inkomen door op het vermogen een fictief rendement van 4% te veronderstellen. Op dit inkomen wordt een forfaitaire belasting van 30% geïnd.<sup>29</sup> Bij de calculatie van de mogelijkheid om een hogere eigen bijdrage te gebruiken wordt evenwel 8% verondersteld. Het impliceert dat men niet alleen het inkomen in aanmerking wenst te nemen (4%), maar het dubbele daarvan, dus nog eens 4% wat eigenlijk verondersteld wordt als een interen op het vermogen. Bij een gemiddelde duur van opname in een woonzorgcentrum van 3,7 jaar, zeg 4 jaar, zou men dus 16% van zijn vermogen in rekening zien genomen worden, plus het vermogensinkomen zelf van 4%. In de huidige marktomstandigheden (financiële markten) lijkt dit hoog. De werkelijkheid kan lager liggen. Vermoedelijk zal men dus meer interen op zijn vermogen.

Wij maken in bijlage b4.1. een vergelijking met de regeling in België (nu ook Vlaanderen) voor de mate dat inkomen en vermogen wordt gehanteerd in de THAB. Wij maken een gelijkaardige berekening voor iemand in Vlaanderen met een gelijkaardig pensioen en spaarinkomen, volgens het rekenblad beschikbaar op de website van de FOD Sociale Zekerheid, DG Personen met een handicap en

<sup>29</sup> Het is hierdoor een duaal belastingstelsel dat ook in België door Minister Kris Peeters wordt voorgesteld voor het inkomen op vermogen. Het tarief in Nederland is 30%. Dit is ondertussen exact hetzelfde als het tarief in België van de bevrijdende roerende voorheffing dat onlangs werd verhoogd tot 30%. Dit is natuurlijk geen progressief tarief. Het tarief moet overigens ook gelezen worden met het tarief van de vennootschapsbelasting voor aandelen. In die zin is de 4% in Nederland geen hoog rendement. Daarom wordt het ook bekritiseerd als geen volwaardige vermogensbelasting, onder meer ook omdat grote vermogens in werkelijkheid een hoger rendement kunnen realiseren.

ondertussen overgenomen door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Deze tegemoetkoming is afhankelijk van de hulpbehoevendheid, van het inkomen en van het vermogen, en gaat in vanaf 65 jaar, wat dus ook betekent dat het leeftijdsafhankelijk is. Het veronderstelde rendement op financieel vermogen in dit rekenblad is nog steeds 6%, ondertussen mijlenver van het werkelijk rendement op bijvoorbeeld een spaarboekje. Conclusie van de vergelijking is dat de eigen bijdrage in Nederland lager is dan in Vlaanderen, wat de internationale statistieken overigens ook al laten uitschijnen.

## 7.3 Duitsland

### 7.3.1 Stelsel

Wanneer in Nederland nu de devolutie naar de lokale overheden is opgetreden, is in Duitsland een goede 20 jaar terug de zorgverzekering ontstaan om de lagere overheden juist te verlossen van deze kosten. Een stelsel dat riskeerde afhankelijk te zijn van de bijstand werd vervangen door een nieuwe pijler in de sociale zekerheid, onder het dak van de ziekteverzekering en gefinancierd met bijdragen van werkgevers en werknemers. Na een discussie van bijna 20 jaar ging op 1 januari 1995 de ‘Pflegeversicherungs-Gesetz’ van kracht. Opvallend was, wat nadien ook in de Zorgverzekering in Vlaanderen gebeurd is, dat de wetgever duidelijk wilde stellen dat verzorging thuis voor ging op verzorging in een voorziening. Verstrekkingen in de thuisomgeving gingen van kracht op 1 april 1995, de terugbetaling van institutionele zorg werd pas ingevoerd vanaf 1 juli 1996 (Schulte, 1999).

In Duitsland is er de mogelijkheid om een keuze te maken tussen een uitkering in geld en een uitkering in natura. Volgens Leichsenring (2015) zouden 80% kiezen voor de uitkering in cash, ondanks het feit dat deze lager is. Dit cijfer vinden wij ook terug in de officiële statistieken, waarbij het opvalt dat men de groep van gecombineerd gebruik in twee deelt, 50% bij in cash en 50% bij in kind, terwijl men zij juist dubbel moet tellen, bij beide groepen. Hij vraagt zich overigens af of, indien men voor de uitkering in natura had gekozen, deze diensten wel beschikbaar zouden geweest zijn (p. 129), wat vermoedelijk betekent dat de budgettaire middelen voorhanden moeten geweest zijn.

Recent zijn drie substantiële hervormingen doorgevoerd. Rothgang et al. (2015) concluderen:

*‘Trotz einer insgesamt gelungenen, grossen Reform gibt es also auch weiterhin noch viel zu tun.’ (p. 56).*

Blijkbaar is soms nog sociale vooruitgang mogelijk, wat ook onze vaststelling was in ‘De staat van de verzorgingsstaat’ (oktober 2015) (Pacolet & De Wispelaere, 2015).

De eerste hervorming gold de ‘Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz’ van 2012, met onder meer een invoering van de uitbreiding van de zorgcategorieën aan de kant van de lage hulpbehoevendheid (‘Stufe 0’).

In 2015 en 2016 is het stelsel verder versterkt via de ‘Pflegestärkungsgesetz I’ en de ‘Pflegestärkungsgesetz II’.

Het houdt volgende veranderingen in:

- de zorgcategorieën worden uitgebreid van 3 naar 5;
- het principe ‘reha vor Pflege’ wordt versterkt (rehabilitatie moet voor gaan op verzorging);
- het statuut van de informele zorg wordt verder verbeterd door een verbeterde betaling van bijdragen voor het pensioen indien men een zieke persoon verzorgt<sup>30</sup> en door, bij het beëindigen van dergelijke zorgperiode, de toegang tot de werkloosheid te verbeteren indien nodig;
- door een verbeterde adviesverlening;
- door een herijking van de personeelsomkadering door te voeren;

---

<sup>30</sup> In Oostenrijk, zie verder, is er de kritiek dat juist die rehabilitatie afwezig is.

- door de kortstondige en transmurale vormen als dag- en nachtopvang te verbeteren;
- door de steun voor hulpmiddelen en woningaanpassingen te verhogen;
- door een verhoging van de bijdragen;
- door de instelling van een 'Pflegevorsorgefonds': 0,1 procentpunt van de sociale bijdragen (1,2 miljard per jaar) wordt in een 'Pflegevorsorgefonds' gestort. Deze bijkomende financiering onder de vorm van fondsvorming is vergelijkbaar met het Zilverfonds in België,<sup>31</sup> het Gezondheidsfonds in het RIZIV en het Reservefonds van de Vlaamse Zorgverzekering.<sup>32</sup> Het 'Pflegevorsorgefonds' zal vanaf 2035 kunnen gebruikt worden om de financiering van de 'Pflegeversicherung' te vergemakkelijken. Het stelsel wordt beheerd door de Bundesbank (de Duitse centrale bank). Het stelsel zou als een doordruk van het Zilverfonds kunnen omschreven worden, waarbij zelfs de timing van de inzetbaarheid van de middelen vergelijkbaar is. In België was het Zilverfonds inzetbaar vanaf 2010 wanneer de babyboomers op pensioen beginnen te gaan; in Duitsland is het 2035 wanneer de babyboomers<sup>33</sup> zwaar hulpbehoevend zullen worden. In België heeft men het Zilverfonds in 2017 afgeschaft.

31 Zie Pacolet, 2016.

32 Oorspronkelijk was de 'frontloading' één van de basiskarakteristieken van de Vlaamse Zorgverzekering en de eerste jaren werd bijna 1/3 van de middelen voorbestemd voor deze fondsvorming. In 2014 was er geen extra storting meer voorzien. Ondertussen is het kapitaal wel opgelopen tot 898 miljoen euro in 2014, of 2,7 keer de tenlasteneming in dat jaar (336 miljoen).

33 De piek van de babyboom in Duitsland was 1964, toen er 1,4 miljoen kinderen geboren werden, nu in 2015 zijn dat er 714 927 (Website DSTATIS Statistisches Bundesamt).

Tabel 7.8 Vergelijken van de oude met de nieuwste zorgcategoríeën, tegemoetkomingen en eigen bijdragen in Duitsland

Tarieven voor 01.01.2017 (in euro per maand)						Tarieven voor 01.01.2017 (in euro per dag)			
Oude zorgcategoríe	Uitkering in geld	Thuiszorg in natura	Residentieel	Eigen aandeel residentieel	Totaal residentieel	Residentieel	Eigen aandeel residentieel	Totaal - residentieel	% eigen aandeel t.o.v. totaal
Stufe 0 + EA*	123	231							
Stufe I	244	468	1 064	391	1 455	35,0	12,9	47,8	27
Stufe I + EA	316	689	1 064	391	1 455	35,0	12,9	47,8	27
Stufe II	458	1 144	1 330	596	1 926	43,7	19,6	63,3	31
Stufe II + EA	545	1 298	1 330	596	1 926	43,7	19,6	63,3	31
Stufe II	728	1 612	1 612	815	2 427	53,0	26,8	79,8	34
Stufe II + EA	728	1 612	1 612	815	2 427	53,0	26,8	79,8	34
Härtefälle		1 995							
Härtefälle + EA		1 995							

Tarieven vanaf 01.01.2017 (in euro per maand)							Tarieven vanaf 01.01.2017 (in euro per dag)			
Nieuwe zorgcategoríe	Oude zorgcategoríe	Uitkering in geld	Thuiszorg in natura	Residentieel	Eigen aandeel residentieel	Totaal residentieel	Residentieel	Eigen aandeel residentieel	Totaal - residentieel	% eigen aandeel t.o.v. totaal
PG1		125		125	580	705	4,1	19,1	23,2	82
PG2	Stufe 0 + EA	316	689	770	580	1 350	25,3	19,1	44,4	43
PG2	Stufe I	316	689	770	580	1 350	25,3	19,1	44,4	43
PG3	Stufe I + EA	545	1 298	1 262	580	1 842	41,5	19,1	60,6	31
PG3	Stufe II	545	1 298	1 262	580	1 842	41,5	19,1	60,6	31
PG4	Stufe II + EA	728	1 612	1 775	580	2 355	58,4	19,1	77,4	25
PG4	Stufe II	728	1 612	1 775	580	2 355	58,4	19,1	77,4	25
PG5	Stufe II + EA	901	1 995	2 005	580	2 585	65,9	19,1	85,0	22

\* 'EA' staat voor '*eingeschränkten Alltags Kompetenz*', onder meer ten gevolge van dementie en die aanleiding geeft tot een grotere ondersteuningsnood. In de nieuwe zorgcategoríeën is iedereen in de hogere categoríe, met een hogere vergoeding, ingeschaald. 'Härtefälle' staat voor 'behartenswaardige situaties'

Bron BMG (2015) en Rothgang en Kalwitzki (2015)

De totale kostprijs voor de residentiële zorg is de som van de tegemoetkoming van de 'Pflegeversicherung' en het eigen aandeel. In bovenstaande tabel vergelijken we de oude met de nieuwe financiering. In tabel 7.8 berekenen we de impliciete totale kostprijs per maand en per dag en vergelijken ook het eigen aandeel als % van de totale kostprijs. Wanneer dit in de oude regeling ongeveer constant bleef, is het eigen aandeel voor de laagste zorgcategoriestructuur aanzienlijk toegenomen in de nieuwe regeling. In feite is dat ook de situatie in Vlaanderen/België, aangezien de dagprijs voor elke bewoner dezelfde is maar het zorgforfait van het RIZIV verschilt in functie van de afhankelijkheid.

### 7.3.2 Prijsbepaling

De 'Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz' van 2012 voorziet een aantal verbeteringen in de uitkeringen. Met name was er een dringende oplossing nodig voor de erosie van de 'Pflegestufe' die sinds 1995 geen aanpassingen hadden gekend, zodanig dat er opnieuw meer beroep diende gedaan op de bijstand, terwijl de Duitse 'Pflegeversicherung' juist zijn opsprong vond in het weghalen van dit risico in de bijstand en het oriënteren naar de sociale zekerheid.

Ook de invoering van de nieuwe uitkeringscategoriestructuur hebben een invloed op de prijsbepaling en de vergoeding die daar tegenover staat.

De eigen bijdragen waren tot voor kort een bepaald percentage van de totale kostprijs van de voorziening, gedifferentieerd naar zorgzwaarte. Hierdoor hadden de voorzieningen er belang bij dat men in een hogere bijdrageschaal terecht kwam, maar de bewoners niet omdat zij een hogere eigen bijdrage verschuldigd waren.

In de nieuwe regeling is dit een vlak tarief geworden, wat het probleem van de betaalbaarheid niet wegneemt.

Het ontbrekende kostenplaatje moet dus gedragen worden uit het eigen inkomen, het vermogen, of men kan ten slotte beroep doen op de bijstand. Daarenboven bestaat er de onderhoudsplicht van partner en kinderen, zodat men, indien men beroep doet op de bijstand, dit kan teruggevorderd worden bij de onderhoudsplichtigen.

Het 'Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012' voorziet ook de ondersteuning van een private zorgverzekering, 'privaten Pflegezusatzversicherung'.<sup>34</sup> Wie een private zorgverzekering aanschaft tegen een premie van minstens 10 euro per maand kan hiervan 5 euro terugbetaald krijgen van de overheid. Van in het begin krijgt deze maatregel het verwijt dat de steun onvoldoende is voor lage inkomens om een werkelijke verzekering te krijgen, terwijl het eerder de middeninkomens zal ondersteunen. Dit wordt versterkt door de leeftijdsafhankelijkheid van de premie, zodat het instappen in dergelijke private verzekering duurder is naarmate men ouder wordt. Om die reden is het nog minder een alternatief voor de huidige generatie van ouderen. Het wordt aanzien als een promotie voor een private verzekering, die de verdere privatisering inluiddt eerder dan het stelsel werkelijk te verbeteren. 'Der staatliche Zuschuss dürfte gerade einmal die Verwaltungskosten der privaten Versicherungsunternehmen decken.' (Gerlinger & Röber, 2014).

Ook in Duitsland kan de gerechtigde zowel de zorg in natura combineren met de zorg in geld. Zoals blijkt zijn de tarieven voor de zorg in geld echter maar de helft van de zorg in natura waard, en desondanks wordt in hoge mate gebruik gemaakt van het 'Pflegegeld'.

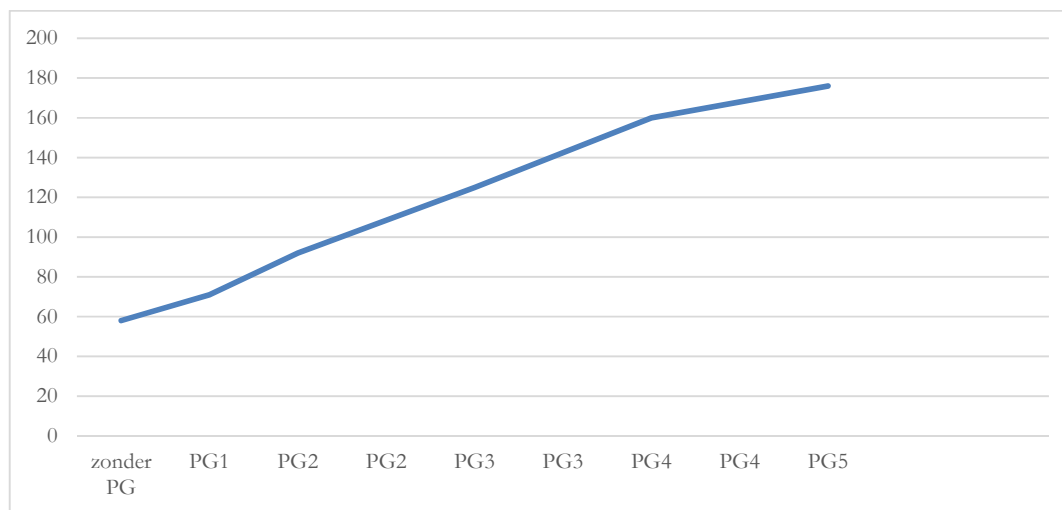
De complexe samenhang tussen de zorgafhankelijkheid van de onderscheiden categorieën (in Duitsland van 3 'Stufe' naar 5 'Grade' aangepast), de kostprijs daarvan, de tussenkomst van de zorgverzekering en de eigen bijdrage, wordt geïllustreerd in de berekeningswijze van deze componenten per voorziening. De tussenkomst van de zorgverzekering is voor alle voorzieningen dezelfde in

<sup>34</sup> Een voorbeeld is het aanbod van DKV, waar zowel een verzekering in geld gaande van 10 euro per dag tot de 'premium' verzekering die tot 160 euro per dag gaat, of een verzekering van de werkelijke kosten mogelijk is. De premie is afhankelijk van de leeftijd dat men tot de verzekering toetreedt. De vergoedingen worden gekoppeld aan de zorgcategorie die men heeft in de wettelijke zorgverzekering. Een voorbeeld: een persoon geboren in 1951 kan een dekking van 10 euro 'Tagegeld' bekomen tegen een maandelijkse premie van 19,06 euro. De overheid zal hier dan 5 euro subsidie aan verlenen.

functie van de zorgcategorieën. De werkelijke kostprijs van de voorziening verschilt van voorziening tot voorziening, en wordt onderhandeld tussen de zorgverzekeraars en andere financiers, en de voorziening zelf. Enkel is de gradiënt van de kostprijs in een bepaalde verhouding vastgelegd. Deze is overigens gebaseerd op de inzet van personeel, dus de hulpbehoevendheid, en de kostprijs van dat personeel. In onderstaande grafiek geven wij, in minuten per dag, de hypothese omtrent de zorgtijd die thans wordt aangenomen in de Duitse zorgverzekering, voor de onderscheiden 5 zorggradaties. De hoogste zorgcategorie ontvangt tot 180 minuten of 3 uur per dag aan zorg. In Nederland begint de laagste categorie met 3 uur per week; in Oostenrijk komt men pas in aanmerking voor residentiële zorg als men meer dan 40 uur per week zorg nodig heeft terwijl in Luxemburg de toegang de zorgverzekering begint aan minimaal 3,5 uur behoefte aan hulp per week. De fragmentaire gegevens illustreren de grote verschillen in toegankelijkheid, maar vermoedelijk ook in definitie van zorgtijd.

De gemiddelde zorgkost wordt per voorziening onderhandeld, en wordt verondersteld te verschillen binnen de instellingen in functie van het profiel te zien in onderstaande grafiek. Het verschil tussen de gemiddelde zorgkost en de tegemoetkoming levert, uitgedrukt in euro per maand, de eigen bijdrage op die in de huidige regeling gelijk is voor iedereen per voorziening, maar kan verschillen van instelling tot instelling. In tabel 7.8 worden de geschatte gemiddelde prijs weergegeven voor de nieuwe regeling. Tegelijk moet het duidelijk zijn dat finaal impliciet zowel over de gemiddelde kost wordt onderhandeld als over de gemiddelde eigen bijdragen. Wat eerst komt is niet duidelijk of misschien toch als *Pflegesatzverhandlungen zukünftig richtiger als Eigenanteil Verhandlungen zu bezeichnen wären* (Rothgang & Kalwitzki, 2015, p. 55). Over de dagprijs, en bijgevolg de totale middelen die ter beschikking zijn, wordt dus onderhandeld tussen de zorgverzekeraars en de aanbieders. Het resultaat kan verschillend zijn, en de impact op de betaalbaarheid noch de levensvatbaarheid is verzekerd. Ondanks het feit dat de hervorming van de Duitse zorgverzekering van 2017 de tegemoetkoming met ongeveer 14% doet stijgen, verondersteld de sector dat hierdoor de eigen bijdrage zou kunnen dalen maar dat desondanks voorzieningen sneller zullen stoppen, zodat er minder plaatsen beschikbaar komen (Grabow, 2016).

**Figuur 7.5**      **Zorgtijd per zorgcategorie in Duitsland, in minuten per dag**



Bron Rothgang en Lalwitzki (2015), p. 23

De zorgverzekeraars (Pflegekasse) onderhandelen met de verstrekkers de individuele tarieven. Evenwel zijn de tenlastenemingen van de Zorgverzekering geplafonneerd zodat de bewoner een eigen aandeel zal moeten dragen, dat rond 2007 (Schulz, 2010) gemiddeld op 580 euro per maand ligt. Het is de vergoeding voor de zogenaamde hotelkost. De infrastructuurkost en de modernisering van de

infrastructuur is in sommige 'Länder' verschillend, en kan dus soms ook ten laste vallen van de bewoner. Rond 2007 was dit een gemiddeld bijkomend bedrag van 347 euro per maand. In 2010 schat Schulz het gemiddelde aandeel van de tenlasteneming voor een residentiele voorziening op ongeveer 52 tot 55% van de totale kost, zonder rekening te houden met de infrastructuurkosten. Het komt ook neer op een, in absolute termen, stijgende kost voor de bewoners naarmate de afhankelijkheid toeneemt. Dit leidt tot het tegenstrijdig belang van de voorziening om enerzijds een hogere inschaling te bekomen, terwijl de bewoner zelf zijn kosten ziet stijgen en daarom liever een lagere inschaling heeft. De nieuwe regeling impliceert een gelijke eigen bijdrage voor alle bewoners per instelling, met het gevolg dat in vergelijking met de vroegere regeling de bijdrage stijgt voor de lage zorgafhankelijke personen, terwijl zij daalt voor de personen met een hogere graad van hulpbehoefendheid.

**Tabel 7.9 Verhouding gemiddelde tenlasteneming ten opzichte van de gemiddelde werkingskost, 2007**

	Gemiddelde kost in euro per maand, 2007	Tarief residentieel in euro per maand, 2007	Ten laste van de bewoner	Aandeel zorgverzekering (in %)
Stufe I	1 889	1 023	866	54
Stufe II	2 322	1 279	1 043	55
Stufe III	2 756	1 432	1 324	52
Härtefälle		1 688		

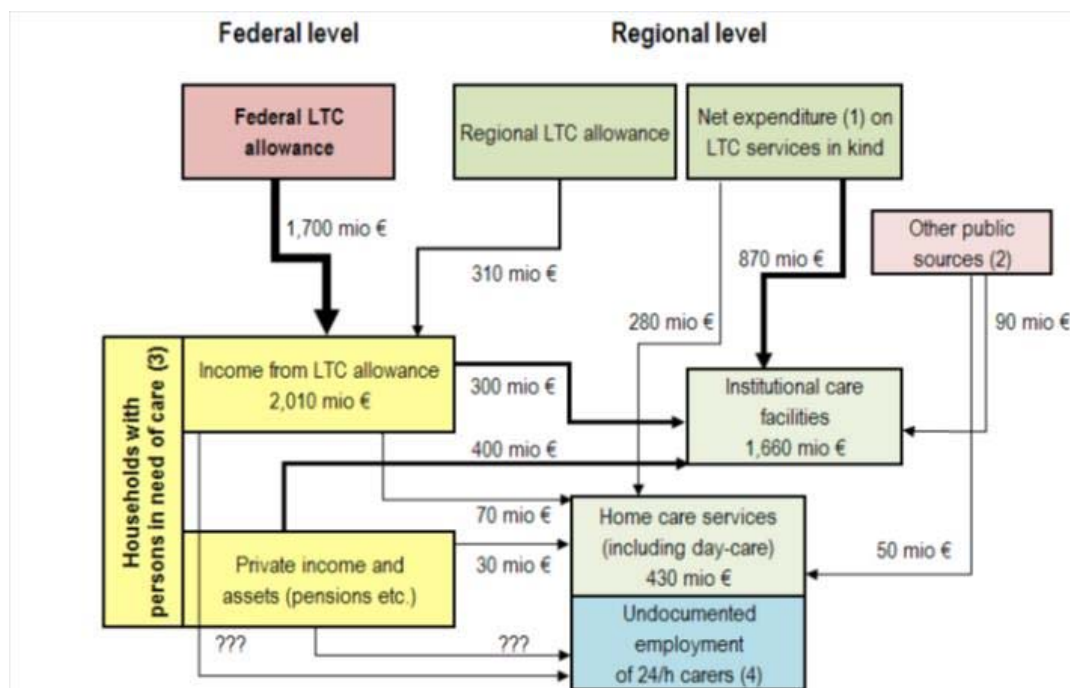
Bron Schulz, 2010

## 7.4 Oostenrijk

### 7.4.1 Stelsel

Sinds 1993 is de langdurige zorg in Oostenrijk hervormd en werd een nieuw sociaal risico, een soort uitkering in geld voor hulpbehoefendheid, 'Pflegegeld', ingevoerd dat te onderscheiden is van de ziekteverzekering enerzijds en de bijstand anderzijds. Daarnaast blijft de vergoeding van de diensten een verantwoordelijkheid van de 'Länder'. Rodrigues (2010) reconstrueert dit kluwen in onderstaand schema voor 2007. De auteur geeft de waarschuwing dat dit nog een raming betreft, maar de orde van grote van deze bedragen komt overeen met andere bronnen, wat illustreert dat de omvang van de sector redelijk beperkt is (bijna 1,7 miljard euro). Samen met de regionale overheden en andere overheden is in onderstaand schema toch rond de 3,2 miljard euro publieke financiering geïdentificeerd terwijl in tabel 7.1 het Ageing Report 2015 4,6 miljard rapporteert. De institutionele zorg is goed voor 1,66 miljard. Alleen al in Vlaanderen ramen wij de omzet in de sector der woonzorgcentra anno 2017 op meer dan het dubbele.

Figuur 7.6 Financiering van de langdurige zorg in Oostenrijk (rond 2010)



Bron Rodrigues, 2010, p. 11

In de residentiële zorg zijn het vooral de ‘Pflegeheime’ die de voornaamste zorgvorm uitmaken, maar ook andere semi-residentiële en residentiële woonvormen komen in aanmerking (‘unterstützt wohnen’, ‘betreut wohnen’, ‘gepflegt wohnen’) (Fuchs, Leichsenring, et al., 2012, p. 118).

Ook in Oostenrijk is de hulp voor de ouderen geïntegreerd in een stelsel dat ook toegankelijk is voor personen met beperkingen. Ondanks het feit dat de zorgverzekering voor deze ruime groep geldt, is het opmerkelijk dat het principe van ‘preventie en rehabilitatie’ dat sterk aanwezig is in de gezondheidszorg, hier minder ontwikkeld is (Fuchs, Leichsenring, et al., 2012, p. 109). De financiering komt uit algemene belastingen, met een redelijke hoge eigen bijdrage.

#### 7.4.2 Onderscheid tussen uitkering in geld en als dienstverlening (in cash versus in kind)

Fuchs en Leichsenring (2012) maken verder het onderscheid tussen ‘Geldleistungen’ voor de oudere zelf of ter ondersteuning/vergoeding van de mantelzorger. Zij merken op dat in tegenstelling tot landen als Nederland en de Scandinavische landen, met een hoge ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector en meer specifiek de ‘long-term care’ (LTC) en daarmee samenhangend ook hoge uitgaven in natura, Oostenrijk opteerde voor ondersteuning door de mantelzorger, met het stelsel van het ‘Pflegegeld’.

Oostenrijk is via de sterke klemtoon op het ‘Pflegegeld’ sterk georiënteerd naar de zorg door de familie. Fuchs en Leichsenring (2012) hanteren daarom het begrip ‘Teilkasko-Versicherung’<sup>35</sup> waarbij het risico van zorgbehoefte maar ten dele wordt ingevuld. Het is geen ‘Vollkasko-Versicherung’. Het resultaat is dat een groot deel van de zorg nog door informele zorg wordt verzekerd. Maar dit is het wezen zelf van de behoeften aan langdurige zorg die in eerste instantie wordt ingevuld door zelfzorg

<sup>35</sup> Cascoverzekering is schadeverzekering, hier de kost van de formele maar ook informele zorg die men nodig heeft omwille van de afhankelijkheid.



en mantelzorg.<sup>36</sup> Voor de mantelzorger bestaan er verschillende mogelijkheden om zich voor het pensioen en voor de ziekteverzekering of globaal verder te laten verzekeren op kosten van de overheid voor de periode dat men hulp verstrekt ('Zie Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz' BMASK,<sup>37</sup> 'Betreuende und pflegende Angehörige').

**Tabel 7.10** Gerechtigden op langdurige zorg in Oostenrijk, in aantallen en in budget

	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Residentiele zorg</i>					
Verrekende verblijfsduur (jaartotaal)	19 686 059	20 112 422	20 294 130	19 994 707	20 188 610
Aantal gerechtigden (jaartotaal)	72 297	71 821	73 191	73 840	75 632
Zorgverleners: VTE (op het einde van het jaar)	30 986,3	33 455,1	34 263,7	32 250,6	32 175,5
Bruto uitgaven (jaartotaal in euro)	2 184 167 631	2 303 818 847	2 365 985 272	2 486 122 276	2 557 198 458
Bijdragen en vergoedingen (jaartotaal in euro)	988 386 074	1 017 851 866	1 041 035 758	1 059 689 069	1 065 914 233
Andere inkomsten (jaartotaal in euro)	53 890 177	58 735 560	68 307 231	60 858 566	59 750 902
Netto uitgaven (jaartotaal in euro)	1 141 891 379	1 227 231 421	1 256 642 283	1 365 574 640	1 431 533 323
<i>Thuiszorg</i>					
Verrekening gepresteerde uren (jaartotaal)	15 292 744	15 579 151	15 839 579	16 078 064	16 393 478
Aantal gerechtigden (jaartotaal)	123 430	132 950	136 410	140 774	145 723
Zorgverleners: VTE (op het einde van het jaar)	11 975,7	12 039,1	12 077,7	11 696,7	11 864,4
Bruto uitgaven (jaartotaal in euro)	489 320 041	510 859 957	538 751 451	570 465 787	592 072 912
Bijdragen en vergoedingen (jaartotaal in euro)	108 065 379	113 264 959	117 631 370	121 617 938	124 510 476
Andere inkomsten (jaartotaal in euro)	75 829 782	77 581 058	79 867 259	81 116 405	81 098 031
Netto uitgaven (jaartotaal in euro)	305 424 880	320 013 940	341 252 823	367 731 445	386 464 405

Bron Statistik Austria. Sozialleistungen auf Bundesebene, Bundespflegegeld; Sozialleistungen aus Landesebene

Statistieken over in cash versus in kind zijn overigens niet eenduidig te vinden. Zo kan een budget dat georiënteerd wordt naar een bepaalde verstrekking, een soort voucher, per definitie als niet vrij maar erg betuttelend worden beschouwd, want het oriënteert naar deze dienstverlening. In feite is het een verdoken 'in kind' vergoeding. In Oostenrijk wordt ook het 'Pflegegeld' in aanmerking genomen om de eigen bijdrage in de dienst te financieren, en daarmee wordt het indirect een inkomst

<sup>36</sup> Voor Vlaanderen hebben wij in het verleden regelmatig, op basis van gedetailleerde tijdsregistratie, uiteindelijk volgende beeld geschetst: de thuiszorg voor hulpbehoevend ouderen is per week ongeveer 8 uur (een 8-urendag) professionele zorg maar een veertigurenweek van informele zorg, die soms oplep tot het dubbele afhankelijk ook van de definitie van zorgtijd en intensiteit. Niet zelden zijn het situaties die een permanente aanwezigheid, dus 24 uur op 24 vereisen. Het beeld werd recent bevestigd in Pacolet, Merckx, Spruytte en Cabus (2010), p. 98. De informele zorgtijd voor de genietters van de premie van de Vlaamse Zorgverzekering was exact 38 uur per week, de huidige wettelijke arbeidsduur van een voltijdse job. Met dien verstande dat de mantelzorger geen verlof of wettelijke feestdagen heeft of op pensioen kan gaan. Dan pas begint de zorg meestal.

<sup>37</sup> Dit ministerie is toevallig ook bevoegd voor consumentenbescherming, de bevoegdheid waar in België Economische zaken voor bevoegd was, waaronder de prijscontrole. Die nu is overgeheveld naar Vlaanderen en het Ministerie VWG.

voor deze dienstverlening. Het wordt impliciet een ‘in kind’ vergoeding (Fuchs & Leichsenring, 2012, p. 114).

Idem voor de Vlaamse Zorgverzekering in Vlaanderen. Het is geïnitieerd om de niet-medische meerkosten te compenseren, in de thuiszorg en in de residentiële zorg. In feite wordt het op die manier verantwoord, en komt het in feite neer op een ‘in kind’ uitkering. Ook in de residentiële zorg, waarbij men automatisch recht heeft op de uitkering, is de link naar de financiering duidelijk. Men zou het rechtstreeks kunnen afgetrokken hebben van de eigen bijdragen van de bewoner. Wij hebben dit trouwens herhaaldelijk op die manier voorgesteld als een mindering van ongeveer 4 euro per dag (130 euro per maand) van de dagprijs, of een rechtstreekse storting van de bijdrage aan het woonzorgcentrum die dan wel een lagere dagprijs moet innen.<sup>38</sup>

Sinds de lancering van het ‘Pflegegeld’ was er een aanzienlijke toename van het aantal gebruikers. Om de budgettaire kost te beperken werden nadien de uitkeringen niet meer geïndexeerd, zodat zij in reële waarden daalden. Zo was er tussen 1995 en 2009 maar één indexering (in 2005) met 2% zodat de uitkering tussen 1995 en 2004 in reële waarde met 15% daalde (Rodrigues, 2010, p. 11). Het toenemend beroep of goedkope arbeidskrachten uit het buitenland of via die andere vorm van ‘informele arbeid’, namelijk zwartwerk, werd door sommige onderzoekers voorgesteld alsof daarmee de koopkracht van de uitkering wel in stand werd gehouden (Ibidem, p. 12).

**Tabel 7.11      Categorieën van hulpbehoevendheid, criteria en uitkering in geld**

Zorgbehoeften in aantal uren per maand (vanaf 1.1.2016)	Zorgcategorie	Bedrag per maand in euro (vanaf 1.1.2016)
Meer dan 65 uren	1	157,3
Meer dan 95 uren	2	290,0
Meer dan 120 uren	3	451,8
Meer dan 160 uren	4	677,6
Meer dan 180 uren, wanneer buitengewone zorg en ondersteuning nodig is	5	920,3
Meer dan 180 uren, wanneer zorg en ondersteuning regelmatig nodig zijn gedurende zowel de dag als nacht of wanneer de voortdurende aanwezigheid (dag en nacht) van een verzorgende nodig is omdat de mogelijkheid bestaat dat de persoon in kwestie zichzelf of anderen in gevaar brengt	6	1 285,2
Meer dan 180 uren, wanneer de persoon niet in staat is zichzelf doelgericht te bewegen of sprake is van een gelijkaardige toestand	7	1 688,9

<sup>38</sup> Deze redenering wordt overigens nu in Vlaanderen gehanteerd voor de nieuwe VIPA-vergoeding van de bouwkost: indien men het infrastructuurforfait wenst te benutten dient men zij rechtstreeks in mindering te brengen van de dagprijs. Het gaat om 5 euro per dag of 150 euro per maand. Dit is vergelijkbaar met de Vlaamse Zorgverzekering van 130 euro per maand.

Tabel 7.12 Evolutie van het aantal gerechtigden en totale uitgaven 'Pflegegeld' (1995-2015)

31.12	Aantal gerechtigden	Per zorgcategorie							Uitgaven - jaartotaal in miljoen euro
		1	2	3	4	5	6	7	
1995	271 253	22 631	146 441	51 801	23 591	19 690	4 364	2 735	1 379,4
1996	262 220	27 634	133 180	52 983	23 478	18 336	4 093	2 516	1 321,6
1997	268 995	34 449	125 380	56 837	25 388	19 777	4 265	2 899	1 266,3
1998	273 020	40 275	118 586	59 422	26 220	20 743	4 630	3 144	1 299,5
1999	278 887	45 571	112 964	48 701	40 581	21 889	5 630	3 551	1 355,6
2000	285 500	50 379	110 605	49 644	42 156	22 743	6 058	3 915	1 397,6
2001	292 019	54 485	109 551	50 304	43 594	23 460	6 410	4 215	1 426,9
2002	303 528	58 830	109 891	52 285	45 720	24 960	7 092	4 750	1 432,5
2003	307 999	62 172	109 944	52 507	46 365	25 085	7 090	4 836	1 470,6
2004	320 258	67 039	111 971	53 348	48 830	26 069	7 758	5 243	1 489,3
2005	323 288	70 437	112 150	52 865	49 215	25 409	8 052	5 160	1 566,4
2006	337 322	74 294	115 455	54 986	51 458	26 578	8 848	5 703	1 621,4
2007	351 057	76 444	119 086	57 372	53 942	28 397	9 732	6 084	1 691,5
2008	358 545	78 004	121 587	59 091	54 881	28 542	10 210	6 230	1 774,3
2009	365 810	76 522	121 253	60 775	54 249	33 389	12 644	6 978	1 943,1
2010	372 763	78 901	124 522	62 118	53 750	34 092	12 820	6 560	2 002,2
2011	371 198	81 082	117 803	62 765	53 533	35 794	13 510	6 711	2 070,6
2012	440 896	98 989	131 843	76 410	62 534	43 751	18 183	9 186	2 632,5
2013	451 159	104 393	130 803	78 170	63 463	46 089	18 806	9 435	2 477,2
2014	457 576	106 980	130 021	79 544	64 518	47 657	19 300	9 556	2 493,5
2015	452 601	112 788	118 882	79 919	64 479	48 121	19 212	9 200	2 530,1

Bron BMASK

### 7.4.3 Eigen bijdragen en prijsbepaling

Bij de hervorming van de langdurige zorg (Reform der Pflegevorsorge) was het de bedoeling om een volksverzekering te installeren waarbij de ingezetenen een recht zouden krijgen op vergoedingen in geld en in natura die inkomensafhankelijk zijn, en toegekend worden in functie van behoeften. Hiermee wordt het stelsel onderscheiden van de bijstandsregelingen, en krijgt het meer het karakter van de ziekteverzekering (Fuchs & Leichsenring, 2012, p. 107-108). Dit is evenwel maar ten dele gerealiseerd<sup>39</sup>. Zowel in de thuiszorg als in de residentiële zorg zijn er inkomensafhankelijke bijdragen van de gebruiker. Bij de residentiële voorzieningen zijn de eigen bijdragen afhankelijk van het inkomen en het vermogen en is er ook de mogelijkheid om de bijdragen te verhalen via de onderhoudsplicht ('Regressforderungen').

De eigen bijdrage in de 'Alten- und Pflegeheime' is verschillend volgens Bondsland en volgens eigendomsstructuur (privaat of publiek). In de meeste woonzorgcentra bestaat de bijdrage uit een basisbedrag en een toeslag op basis van de hulpbehoevendheid, meestal de 'Pflegestufe' volgend waarin men gerechtigd is op Pflegegeld. De dagprijs moet immers verhaald worden op het inkomen, maar ook het Pflegegeld moet in aanmerking genomen worden. De toegang tot de residentiële zorg

<sup>39</sup> Ook in Oostenrijk is er door het naast elkaar bestaan van diensten die in de ziekteverzekering zitten en in de langdurige zorg nog steeds het risico aanwezig van verdere versplintering van het systeem en nood tot synchroniseren en re-integratie (Fuchs, Leichsenring, 2012, p.108). Hetzelfde risico bestaat in Duitsland en is nog meer uitgesproken in Nederland sinds de recente hervormingen. Ook in België is nog een deel van de langdurige zorg op federaal niveau gebleven, als thuisverpleging en de integratietegemoetkoming voor personen met beperkingen die een vergoeding in geld is.

is meestal vanaf Pflegestufe 3, waar nu een Pflegegeld beschikbaar is van 451,80 euro of 15 euro per dag. Als wij dit referentiebedrag gebruiken zouden in België/Vlaanderen de bewoners met een O forfait nog niet in een woonzorgcentra kunnen verblijven aangezien het RIZIV-forfait maar 2,56 euro bedraagt. De totale zorgtijd die overeenkomt met Pflegestufe 3 is evenwel reeds meer dan 120 uren per maand of 4 uur per dag, wat aanzienlijk is en de vraag kan gesteld worden of men dit kan financieren met 15 euro per dag. Indien inkomen en vermogen niet volstaan, kan men terugvallen op de bijstand ('Sozialhilfe') en in sommige 'Bundesländern' zal men ook op de familie moeten terugvallen ('Regressforderung'). Deze terugvordering is nog steeds een punt van discussie of het wenselijk en doenbaar is, net zoals dat ook in België recent aan de orde was (Lanjri c.s., 2017).

In bovenstaand schema is zichtbaar gemaakt dat een deel van de eigen bijdrage afkomstig is van het 'Pflegegeld' en zo indirect gedragen wordt door de federale verzekering. De overige eigen bijdrage uit inkomen en vermogen, inclusief het te gelde gemaakte eigen huis, inclusief de eventuele terugvordering of de familie, is nog goed voor een kwart van de totale kost (Rodrigues, 2010, p. 11):

*'... residents could expect to contribute with their LTC allowance, 80% of their pension and assets that could be converted to cash, including their own home – which may seem unfair when compared to user fees for health care.'* (Ibidem, p. 11).

Deze doorgedreven aanspraak op de eigen verantwoordelijkheid kan overigens een rem vormen op het gebruik van de voorziening maar anderzijds is een eigen aandeel van gemiddeld 25% redelijk te noemen. Daarnaast is er nog een gelijkaardige bijdrage die via het Pflegegeld wordt gerecupereerd.

De voorzieningen zijn gehouden aan een 'Heimaufenthaltsgesetz' dat een aantal kwaliteitseisen stelt, en de 'Heimvertragsgesetz für Alten- und Pflegeheime' die de relatie tussen de voorziening en de bewoners regelt, met inbegrip van de hoogte en samenstelling van de eigen bijdragen ('Entgelts'). Sinds 2013 is ook een 'Nationale Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime' in voege.

De bewoner moet zijn eigen bijdragen betalen via zijn pensioen en het Pflegegeld, en zijn vermogen. Van het pensioen wordt wel 20% vrijgesteld, en ook van het Pflegegeld is 10% van het bedrag voor 'Stufe 3' als 'Taschengeld' (zakgeld, 45,2 euro per maand) vrijgesteld.<sup>40</sup> Van het vermogen wordt een bepaald bedrag ook vrijgesteld, als reserve voor begrafenis kosten. De 'Länder' kunnen de overige kosten verhalen op het vermogen, het weggeschonken vermogen binnen bepaalde perioden en tevens is 'Regressforderung' mogelijk bij de partner. Terugvordering van de kinderen komt niet meer voor (Schwaighofer, 2017).

De 'Regressforderungen' zouden 200 miljoen bedragen. Het Ministerie van Sociale Zaken gaat er van uit dat het bedrag zelfs zal toenemen omdat na de afschaffing vermoedelijk meer mensen naar een woonzorgcentrum zullen gaan (John, 2017). De discussie hierover is recent in een stoomversnelling gekomen.<sup>41</sup> Zowel SPÖ en ÖVP waren, in aanloop van de jongste parlementsverkiezingen (2017), tot de conclusie gekomen om het systeem af te schaffen. De 'Bund' zou de 'Länder' compenseren voor de gederfde inkomsten. De SPÖ stelde voor dit te financieren met een erfenisbelasting op grote vermogens, maar hiervoor is geen overeenstemming. Zij noemde de huidige regeling vroeger reeds een 'hundertprozentigen Erbschaftssteuer' (Proissi, 2017). Hiermee was het thema wel onderwerp van de verkiezingen 2017 geworden.

40 Het zakgeld dat in Vlaanderen is vrijgesteld is minstens 1097,1 euro per jaar of 91,43 euro per maand (Agten, 2016).

41 De discussie doet ons sterk denken aan het recente verkiezingsstrijd in het Verenigd Koninkrijk waar de conservatieve regering beschuldigd werd een 'Dementiatax' te willen invoeren, waarbij diegenen die het ongeluk hadden op de zorg beroep te moeten doen, hun vermogen moesten gebruiken, en de anderen dus niet. Het alternatief voorstel van Labour was om een verhoogde erfenisbelasting in te voeren.

## 7.5 Luxemburg

### 7.5.1 Stelsel

Amper vijf jaar na de installatie van een zorgverzekering in Duitsland werd in 1999 in Luxemburg een zorgverzekering ingevoerd als een nieuwe pijler in de sociale zekerheid. De financiering is gebaseerd op een sociale bijdrage van 1,4% op alle inkomens, aangevuld met algemene middelen voor 40% van de totale uitgaven (MSS, 2015).

Volgende principes werden gehanteerd:

- rehabilitatie gaat voor langdurige zorg;
- thuiszorg gaat voor institutionele zorg;
- zorg in natura gaat voor uitgaven in cash;
- continuïteit van de zorgverlening.

Personen zijn gerechtigd op de uitkering indien zij hulpbehoevend zijn in de activiteiten van het dagelijks leven en hiervoor moeten beroep doen hetzij op de informele zorgverlener of de professioneel zorgverlener. De hulpbehoevendheid moet minsten *3,5 uren per week* bedragen en dit voor een periode van minstens 6 maand of definitief (Pacolet & De Wispelaere, 2016).

De zorg wordt verstrekt door voorzieningen die een erkenning moeten hebben van het Ministerie van Gezin op basis van een aantal kwaliteitsindicatoren. De hulp wordt verstrekt op basis van akkoorden afgesloten met de zorgverzekeraars.

Opmerkelijk is dat de optie van vergoeding in geld al bij al beperkt is gebleven. Van een totaal bedrag van 521 miljoen euro is slechts 58,7 miljoen euro bestemd voor de uitkering in cash, een kleine 11%. In aantallen is er zelfs minder dan 10% die alleen maar beroep doet op de uitkering in geld, terwijl er wel een grote groep de uitkering in geld en in natura combineren.

De zorgverzekering staat in voor (MSS, 2015):

- hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven;
- raad en advies;
- hulpmiddelen;
- zorgmateriaal;
- ondersteuning van informele hulp, met inbegrip van het verder betalen van de pensioenbijdragen voor de mantelzorger.

De uitkering kan in geld zijn of in natura, of een combinatie van uitkering in geld en in natura. De dienstverstrekkers zijn organisaties van de thuiszorg en organisaties van tijdelijke of permanente residentiële zorg.

**Tabel 7.13**      **Vergelijking van de kosten in residentiële en thuiszorg**

	2011		2012		2013		2014		
	Resi- dentieel	Thuis- zorg	Resi- dentieel	Thuis- zorg	Resi- dentieel	Thuis- zorg	Resi- dentieel	Thuis- zorg	Totaal
Zorgkosten (in miljoen euro)	262,9	187,3	285,3	211,6			312,2	195,1	521
Aantal begunstigden	3 931	8 457	4 149	8 857	4 253	9 109	4 385	9 079	13 464
Kost per begunstigde	66 879	22 147	68 764	23 891			71 192	21 494	38 693
Kost in % van het BBP per capita	84	28	84	29					

**Bron** Inspection Générale de la Sécurité Sociale (2013). Rapport général sur la sécurité sociale 2012. Luxembourg : MSS, p. 171 and Inspection Générale de la Sécurité Sociale (2014). Rapport général sur la sécurité sociale 2013. Luxembourg : MSS, p. 147, IGSS (2015)

**Tabel 7.14**      **Uitkering in geld en in natura in de thuiszorg in Luxemburg, periode 2011-2014**

	2011	2012	2013	2014
Uitkeringen in geld (in miljoenen Euro)	51,0	53,4		58,7
Uitkeringen in geld (in % van de totale uitgaven)	11	11		
Aantal begunstigden van uitkeringen in geld	6 337	6 655	6 786	6 744
Uitkeringen in geld per begunstigde	8 048	8 024		8 701
Uitkeringen in geld in % van bbp per capita	10	9,7		
Aantal begunstigden met uitkering 'in natura'				1 563
Aantal begunstigden met uitkering 'in geld'				1 016
Aantal begunstigden met combinatie uitkering 'in natura' en 'in geld'				5 728

**Bron** Inspection Générale de la Sécurité Sociale (2013). Rapport général sur la sécurité sociale 2012. Luxembourg : MSS, p. 171 and Inspection Générale de la Sécurité Sociale (2014). Rapport général sur la sécurité sociale 2013. Luxembourg : MSS, p. 147, IGSS (2015)

## 7.5.2 Prijsbepaling

De hulpvrager wordt ingeschaald door een evaluatiecommissie die ook het aantal uren hulp die men nodig heeft, bepaalt. Dit aantal uren is de maximale terugbetaalde tijd. In werkelijkheid kunnen minder uren terugbetaald worden, bijvoorbeeld omdat de gerechtigde een deel van de steun in geld wenst te gebruiken. De aantal uren zorg waarop men recht heeft worden omgezet in een geldwaarde, die neerkomt op de kostprijs per uur in de diverse zorgsettings. Deze is niet identiek voor elk van de settings, onder meer onder invloed van de kwalificatiemix en van de gemiddelde werkduur. Zo komt een uur thuiszorg niet overeen met een uur zorg in een voorziening omwille van bijvoorbeeld verplaatsingskosten. De monetaire waarde wordt ook gecorrigeerd voor inflatie en loonevolutie. De monetaire waarde wordt jaarlijks onderhandeld tussen de koepel van de zorgaanbieders, 'COPAS, Confédération des organismes prestataires d'aide et de soin', een organisme die de voorheen bestaande beroepsverenigingen groepeerde en gecreëerd werd naar aanleiding van de invoering van de Luxemburgse verzekering langdurige zorg. De toegewezen zorgtijd wordt verder gedifferentieerd naar ADL hulp en huishoudelijk werk, administratieve ondersteuning en begeleiding (IGSS, Rapport Annuel 2015, p. 111-118). De gerechtigden kunnen een deel of de volledige toegewezen zorgtijd opnemen in geld. Tot 7 uren per week kan volledig opgenomen worden in geld, en tussen 7 en 14 uur kan de helft van de tijd opgenomen worden in geld. Uit bovenstaand tabellen blijkt dat bijna de helft

van alle gerechtigden ook een uitkering volledig of meestal ten dele in geld opneemt. Zij situëren zich in de thuiszorg (tabel 7.14). Onderstaande tabel geeft de verdeling van het aantal gerechtigden naar het totaal aantal uren zorg en hulp dat zij per week nodig hebben.

**Tabel 7.15 Aantal gerechtigde in de zorgverzekering, naar aantal toegekende uren, 2014**

Aantal uren per week	Aantal gerechtigden	In % van totaal
Van 3,5 tot 13,99	4.263	31,7
Van 14 tot 23,99	1 888	14,0
Van 24 tot 33,99	686	5,1
Van 34 tot 43,99	1 251	9,3
Van 44 tot 63,99	2 210	16,4
>= 64	3 166	23,5
Totaal	13 464	100

Bron IGSS, Rapport d'activité 2015

## 7.6 Betaalbaarheid

In het verleden hebben wij reeds geargumenteed dat het risico van langdurige zorg macro-economisch misschien betaalbaar is maar voor het individu kan omschreven worden als een groot risico, dat dient verzekerd te worden. Om diverse redenen als vooruitziendheid, mogelijkheid om de premie te betalen, mogelijkheid om het toekomstig risico in te schatten, is de voorkeur voor een publieke verzekering op basis van repartitie. Dit verklaart dat zowel internationaal (OECD, 2011) als Europees (Pacolet et al., 2000), private verzekeringen redelijk beperkt in omvang blijven. De OESO bevestigt deze trend naar stelsels van universele en collectieve verzekering (Ibidem, p. 266).

In welke mate zorgen de publieke verzekeringen dan voor een voldoende betaalbaarheid? Betaalbaarheid is afhankelijk van de omvang van de collectieve verzekering, en de hoogte van het risico. De omvang van de verzekering betreft zowel de breedte als de diepte van de collectieve verzekering. Welke diensten zijn verzekerd en welke niet. Wat dat betreft hebben wij een steeds meer uitdijende sociale verzekering in het verleden tot op de dag van vandaag vastgesteld. Zo zijn de recente hervormingen in de Duitse zorgverzekering steeds ook omtrent nieuwe vormen van dienstverlening die in aanmerking worden genomen.

Colombo et al. (2011) onderscheidt drie vormen van eigen bijdrage:

- een identiek percentage van de kostprijs, zodat de overheid een bepaald percentage ten laste neemt: België wordt hier toe gerekend, met de vermelding dat, wanneer dit financieringsproblemen zou opleveren, er kan gerekend worden op de bijstand. Tevens wordt gesteld dat 'there are upper ceilings on the cost of care born by the users'. Dit systeem heeft het nadeel dat het zwaarder uitvalt voor lage inkomens, en zelfs een stijgende kost kan meebrengen naarmate de totale kostprijs stijgt. Dit was het geval in Duitsland. Het Belgische systeem neemt daarentegen een vast bedrag, de dagprijs, ten laste van de bewoner. Deze kost is niet afhankelijk van de zorgzwaarte. De kost valt wel zwaarder uit voor de lage inkomens en de personen met een geringere zorgnood.
- een bepaald percentage van de totale kost, rekening houdend met het inkomen en vermogen, zoals in Nederland het geval is;
- een residuair systeem waarbij de overheid een bepaald vast bedrag ten laste neemt, en de bewoner moet het saldo dragen, zoals in Duitsland, en in feite ook in België.

De maximumfactuur die in België soms bepleit wordt, introduceert een plafond in functie van het inkomen. De Vlaamse Zorgverzekering geeft een *flat rate* terug die relatief belangrijker is voor een laag inkomen, in vergelijking met het hoog inkomen. Een verdere differentiatie van deze zorgverzekeringspremie werd soms voorgesteld. Het systeem dat finaal in België in belangrijke mate dit principe huldigt is de tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB), die in een hogere tegemoetkoming voorziet wanneer de zorgbehoefte toeneemt, maar die de tegemoetkoming ook afhankelijk maakt van het inkomen. Daarmee is een belangrijke vorm van selectiviteit bevestigd in het Belgisch stelsel.

Nog een andere variant is de eigen bijdrage volledig vrij laten, wat prijsdifferentiatie toelaat en mogelijks '*consumer surplus skimming*'. Ook internationaal wordt de woon- en leefkost als argument gebruikt om een eigen bijdrage te vragen die relatief omvangrijk is. De financieringswijze is de tegenhanger van de financiële condities van de verstrekkingen. Hier zijn verschillende mogelijkheden denkbaar: sociale zekerheidsbijdragen, algemene middelen, private verzekering, kapitalisatie of alleen maar repartitie. De Belgische sociale zekerheid is gekenmerkt door vlakke, maar nu meer en meer progressie bijdragen; de fiscaliteit kent progressieve tarieven; bij de Vlaamse Zorgverzekering is een gemengde financieringsformule geïntroduceerd van gemoduleerde vlakke bijdragen (net niet een 'poll tax'<sup>42</sup> omdat er een basis tarief bestaat van 50 euro en een verlaagd tarief van 25 euro). De overige middelen, en zeker van de Vlaamse Sociale Bescherming, komen van progressieve algemene belastinginkomsten. Bij de discussie over de Vlaamse Zorgverzekering werd tevens het principe gehuldigd dat de bijdragen naar draagkracht zou zijn, wat maar ten dele het geval is, maar dat de uitkeringen in functie zouden zijn van de behoeften, en niet afhankelijk van het inkomen.

Het internationaal overzicht laat zien dat de eigen bijdrage in de beschouwde landen meestal niet gedifferentieerd is naar inkomen, tenzij (in Nederland) vertrekkend van een eerder laag niveau van eigen bijdragen. Ook differentiatie van de dagprijs naar hulpbehoevendheid wordt eerder vermeden (in Duitsland bestond het maar men kwam er van terug). Door niet te differentiëren naar inkomen riskeert men wel dat de laagste inkomens relatief zwaarder worden getroffen, of terugvallen op bijstand en familie. Dit kan vermeden worden door een hoogwaardige en hoge universele collectieve financiering, wat als regel geldt in de gezondheidszorg en ook zou moeten gelden voor het grote zorgrisico dat opname in een woonzorgcentrum is.

## 7.7 Samenvattend

Wij hebben in dit overzicht hoogontwikkelde sociale verzekeringsstelsels bestudeerd voor de langdurige zorg. Toch blijft het ontwikkelingsniveau nog sterk verschillend, en is ook de beschikbaarheid van de residentiële zorg soms nog beperkt. De eigen bijdrage in de stelsels blijft ook nog aanzienlijk, ondanks de soms hoge publieke tegemoetkoming. Het illustreert de hoge individuele kost van de stelsels. De prijsvorming voor de woonzorgcentra in de beschouwde buitenlandse stelsels is weinig transparant. Toch blijkt er een duidelijke normering van de kostprijs te zijn die in aanmerking komt voor terugbetaling en erkenning. De diverse modaliteiten voor de eigen bijdrage hebben allemaal voor- en nadelen. Zelfs als er in vele stelsels de mogelijkheid om een tegemoetkoming in cash te krijgen, is het relatief belang daarvan beperkt. Ten slotte blijkt dat de tegemoetkoming in geld niet noodzakelijk leidt tot meer geld voor de voorzieningen, en uitbreiding van het aanbod. En zelfs indien het tot een uitbreiding van het aanbod kan leiden, en de middelen daar terecht komen, kan de vraag worden gesteld of een omslachtig stelsel van uitkeringen in geld moet georganiseerd worden, opdat het zou terecht zou komen bij de voorzieningen.

---

<sup>42</sup> Een belasting per capita. Ingevoerd in 1989 leidde dit tot een verkiezingsnederlaag voor Margaret Thatcher in 1991.





## 8 | Samenvatting en besluit

### 8.1 Context van staatshervorming

De zesde staatshervorming heeft aanzienlijke bevoegdheden overgedragen naar de Gemeenschappen op het vlak van de ouderenzorg. Dit zijn onder meer de financiering van de woonzorgcentra die overkomen van het RIZIV, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden die overkomt van de FOD Sociale Zekerheid en de prijscontrole van de woonzorgcentra die overkomt van de FOD Economie. De Vlaamse Regering heeft een aantal van deze nieuwe bevoegdheden ondergebracht in de Vlaamse Sociale Bescherming en andere nieuwe Vlaamse regelgeving. De overdracht van deze bevoegdheden is voor de Vlaamse Regering de gelegenheid om, na een periode van bevestiging van de regels, tal van deze mechanismen te herbekijken en te stroomlijnen met een aantal andere voorzieningen. Eén van deze bevoegdheden is de controle van de dagprijs in de woonzorgcentra. Bij de integratie van de financiering van de woonzorgcentra in de Vlaamse Sociale Bescherming overweegt men bovendien op termijn hiervoor het persoonsvolgende financieringsconcept te introduceren. Daarmee worden beide grote componenten van de financiering ter discussie gesteld: zowel de directe publieke financiering als de eigen bijdragen of de dagprijs. Zij raken ook de essentie van een adequaat en duurzaam stelsel van financiering van de langdurige zorg. De financieringsmechanismen dienen zowel de betaalbaarheid voor de gebruiker, het financiële evenwicht van de aanbieders als de duurzaamheid van de financiën van de overheid te verzoenen.

### 8.2 Onderzoeksvragen

Tegen deze achtergrond wenste dit onderzoek een antwoord te bieden op de noodzaak van en de voorwaarden voor de ontwikkeling van een duurzaam systeem van prijzencontrole voor de ouderenvoorzieningen in Vlaanderen, rekening houdend met de mogelijke evolutie naar een systeem van persoonsvolgende financiering maar vooral rekening houdend met het vrijwaren van de betaalbaarheid van de voorzieningen voor de bewoner en het financieel evenwicht van de voorzieningen, zodat een kwaliteitsvol aanbod in de toekomst de vraag kan blijven volgen.

Volgende vragen werden gesteld:

1. Wat leren ons buitenlandse voorbeelden ter zake?
2. Wat leert ons de huidige ervaring van prijscontrole in het algemeen en meer specifiek voor de dagprijs van de woonzorgcentra?
3. Hoe kan zich dit verhouden tot een persoonsvolgende financiering?
4. En vooral is het behoud of het loslaten van het prijzencontrolesysteem een belemmerend of een stimulerend effect op de financiële toegankelijkheid van voorzieningen, in het licht van de persoonsvolgende financiering?

Wij hebben deze onderzoeksvragen proberen te beantwoorden door te verwijzen naar de theoretische motieven van overheidsinterventie op het vlak van prijzen in het algemeen, en in het bijzonder voor de zorgsector. Tevens is aandacht geschonken aan de praktische implicaties naar informatieverzameling en administratieve lasten. Dankzij het feit dat de Vlaamse administratie van in het begin van de inkanteling van deze bevoegdheid gekozen heeft voor een meer transparante gegevensverzameling, is ook een empirisch luik toegevoegd aan het onderzoek.

### 8.3 Nieuwe regeling prijscontrole en infrastructuurforfait

De Federale overheid was tot 1 juli 2014 verantwoordelijk voor de prijscontrole van de woonzorgcentra. De bevoegdheid werd sindsdien via een overgangsprotocolakkoord overgeheveld tot 1 januari 2015. Vanaf 1 januari is het de bevoegdheid van de Vlaamse overheid. Een geactualiseerde reglementering en procedure van prijsveranderingen voor de Vlaamse ouderenvoorzieningen werd ingevoerd en trad in werking op 1 oktober 2015, met name een procedure voor prijsverhoging omwille van substantiële infrastructuurwerken, een prijsverhoging omwille van andere redenen (inbegrepen verlieslatendheid), een procedure voor indexering, een procedure voor prijsverlagingen, en de melding van het aantal wooneenheden in de diverse categorieën. Bovendien is er een aanzienlijke transparantie (lees: explicitering) van de normering aangebracht. Elementen als gemiddelde prijsverhogingen, prijsverhoging per categorie, indexering, onderscheid bestaande en nieuwe bewoners, substantiële aanpassingen of meer beperkte, rekening houdend met de structuur van de eigendom van de infrastructuur, een gedetailleerde verantwoording van de kostprijsimpact, zijn via Excel templates beschikbaar.

Vanaf 1 januari 2015 is in Vlaanderen het Agentschap Zorg en Gezondheid verantwoordelijk voor de prijscontrole van woonzorgvoorzieningen, centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra (inclusief CADO) en assistentiewoningen. De principes die impliciet werden gehanteerd door de Federale Administratie Economie werden in belangrijke mate overgenomen in de huidige Vlaamse regelgeving. Het is een manier om voorlopig de continuïteit te garanderen. Toch werd er een substantiële stroomlijning doorgevoerd in de administratieve procedures die elektronisch verlopen en werden de gehanteerde criteria geëxpliciteerd.

In de nieuwe regeling van de prijscontrole kan de prijs op drie manieren worden aangepast: (1) jaarlijks indexeren, (2) de prijs van een bestaande dienstverlening verhogen of verlagen, (3) de prijs zetten voor een nieuwe dienst of een nieuw product.

Een *prijsindexering* kan 1 keer per jaar worden doorgevoerd. De hoogte van de prijsstijging is dan afhankelijk van de index van het betreffende jaar. Een prijsindexering vereist geen goedkeuring maar het Agentschap Zorg en Gezondheid kan indexatie wel weigeren.

Het *verhogen van de prijs* van een kamer, dienst of supplement vereist een goedkeuring van het Agentschap Zorg en Gezondheid en moet worden verantwoord aan de hand van een kost. Er zijn twee types kosten: (1) kosten naar aanleiding van infrastructuurinvesteringen en (2) andere soorten kosten. Voor elk van de kosten is er een specifiek kostenformulier voorzien. Aan het doorvoeren van een prijsverhoging zijn er specifieke voorwaarden verbonden. De gemiddelde prijsverhoging en de prijsverhoging per kamertype zijn begrensd. Een prijsverhoging naar aanleiding van een infrastructuurinvestering (nieuwe ruwbouw) waarbij de huidige dagprijs lager dan 50 euro is, mag onbeperkt stijgen tot 50 euro plus nog eens 15%, of in totaal tot 57,5 euro. Bij een huidige dagprijs vanaf 50 euro, is de prijsverhoging beperkt tot 15%. De prijsverhoging moet voor de *bestaande bewoners* gefaseerd worden ingevoerd. Voor *nieuwe bewoners* mag de prijs onbeperkt stijgen. Steeds moet de verhoging worden verantwoord.

Bij een prijsverhoging naar aanleiding van andere kosten, is de verantwoorde kost de begrenzing. Bovendien mag de gemiddelde prijs over een periode van 2 jaar niet meer dan 10% stijgen. De prijsstijging per kamertype mag niet meer dan 15% van de huidige prijs bedragen. Dit geldt voor zowel de huidige als de nieuwe bewoners.

Wanneer een (*nieuwe*) *woonzorgvoorziening* een nieuw product of dienst aanbiedt, bepaalt zij hiervoor zelf de prijs. Het hanteren van een lagere prijs dan deze die aanvankelijk werd goedgekeurd, kan voorkomen, onder meer rekening houdend met de andere aanbieders in de regio en om bij het openstellen van nieuwe wooneenheden een voldoende bezetting te garanderen. De sector zelf signaleert dat zij soms ook kortingen geven. Een *prijsverlaging* is wel nodig wanneer in het verleden een prijsverhoging plaatsvond naar aanleiding van een investering waarvoor een investeringssubsidie werd toegekend.

Naast de nieuwe regeling prijscontrole is er ook een nieuw financieringsconcept voor de infrastructuur in de ouderenzorg uitgewerkt, namelijk het infrastructuurforfait. Dit is een forfaitair bedrag van 5 euro per dag en per bewoonde woongelegenheden. Het uitgangspunt van de nieuwe VIPA-regeling is dat de gebruiker zelf instaat voor zijn huisvestingskost. De overheid zorgt voor de tussenkomst voor wat betreft de kosten met betrekking tot het zorg gerelateerd en collectief karakter van het gebouw. Om gebruik te maken van het VIPA-infrastructuurforfait moet aan bepaalde voorwaarden worden voldaan: (1) een investering van een bepaalde omvang en (2) erkende woongelegenheden. In onderstaande tabel geven wij de dossiers/formulieren die worden gehanteerd.

Tot slot dient nog vermeld te worden dat het AZG een nieuw stelsel van prijsmelding heeft ingevoerd, dat aan de basis ligt van een verbeterde transparantie van de dagprijzen in Vlaanderen. Met name werd in mei 2016 een zogenaamde ‘nulmeting’ van de dagprijzen georganiseerd. De globale maar ook de individuele gegevens per voorziening werden op de website van het agentschap gepubliceerd in december 2016. Zij vormt de basis voor een betrouwbare inschatting van de dagprijs, naar type kamer, type aanbieder, per regio. Het vormt ook de basis voor het betrouwbaar opvolgen van de mogelijke prijsverhogingen, is relevante informatie voor personen die op zoek zijn naar een passende woonzorgvoorziening, en kan ook als vergelijkingspunt dienen voor nieuwe aanbieders. De meting is herhaald in mei 2017 en dit leverde een eerste volledig betrouwbare inschatting van de werkelijke evolutie van de dagprijs op, waarnaar in dit rapport ook al is verwezen. Het vormt een ideaal referentiepunt voor de inschatting van de impact van de prijsverhogingsdossiers, zeker als zij gecombineerd zou worden met informatie over de kostprijs en de exploitatiemarge van de voorzieningen. Een tekortkoming, die doorheen het onderzoek aan het licht is gekomen, is het ontbreken van informatie over de grootte van de kamer. Deze is zowel voor de woonkwaliteit van de voorziening en vermoedelijk ook voor de dagprijs een determinerende factor.

Tabel 8.1 Vormen van prijsaangifte en prijsverhogingsaangifte

Vorm	Type formulier	Beslissing binnen 30/60 dagen	Begrenzingsen	Code in onze steekproef
Nulmeting prijs in de sector van WZC	Via E-loket			
Jaarlijks indexering van prijzen	Via E-loket			
Prijsaangifte nieuwe supplementen	Via E-loket			
Prijsverhoging bestaande supplementen	Eenvoudige becijferde motivatie			
Prijs van een nieuw product onder bestaand erkenningsnummer met uitsluitend nieuwe bewoners (enkel uitbreidingsnieuwbouw)	Formulier BENP Verantwoording 127L	30	Verantwoorde kosten	
Prijsverhoging van een nieuw product onder bestaand erkenningsnummer met bestaande en met nieuwe bewoners (vervangings- en eventueel uitbreidingsnieuwbouw)	Formulier BENP Motivatie 46L Verantwoording 16L	30	Huidige bewoners onbeperkt tot 50 euro WZC, 25 euro SF, 20 euro DVC; daarboven beperkt tot 15% op 2 jaar; voor nieuwe bewoners geen begrenzing, wel verantwoording	<b>A30</b>
Prijsmelding van een nieuwe voorziening	Via E-loket		Geen	
Prijsverhogingen door infrastructuur-investeringen (ruwbouw)	Formulier A Aanvraagformulier 312L Berekening gemiddeld % vorige aanvraag 30L	60	Huidige bewoners onbeperkt tot 50 euro WZC, 25 euro SF, 20 euro DVC; daarboven beperkt tot 15%; voor nieuwe bewoners geen begrenzing, wel verantwoording	<b>A60</b>
Prijsverhogingen door andere kosten (andere investeringen, verlies, extra diensten in de dagprijs)	Formulier BE Aanvraagformulier 2BBL Berekening gemiddeld % vorige aanvraag 30L	60	Gemiddeld max. 10% op 2 jaar voor bestaande en nieuwe bewoners; per kamertype max. 15%	<b>BE</b>
Prijzenformulier infrastructuurforfait VIPA	Prijzenformulier infrastructuurforfait 256L	Vanaf 2018 in voege		
	Nieuwe voorziening		Dagprijs beperkt tot verantwoorde kosten min infrastructuurforfait	
	Bestaande voorziening, bestaande bewoners		Prijsstijging onbeperkt tot 50 euro WZC, 25 euro SF, 20 euro DVC; daarboven beperkt tot verantwoorde kosten min infrastructuurforfait	
	Bestaande voorziening, nieuwe bewoners		Dagprijs beperkt tot verantwoorde kosten min infrastructuurforfait	

\*L is het aantal lijnen in het formulier en staat als indicator van het detail van de informatie die moet opgeleverd worden

## 8.4 Theoretische argumenten voor en tegen prijscontrole

Het doel van een theoretisch hoofdstuk was om een breed kader te scheppen voor discussies over prijscontrole in de gezondheidszorg omdat we denken dat deze sector verschillende parallellen, maar anderzijds toch ook een aantal verschilpunten heeft met de residentiële ouderenzorg. De belangrijkste

punten zijn de volgende. Wanneer de theoretische voorwaarden tot een goede marktwerking voldaan zijn dan biedt een vrije prijsvorming goede garanties dat er efficiënt omgesprongen wordt met beschikbare middelen in de creatie van welvaart en dat producten geruild worden op basis van hun waarde. In de gezondheidszorg zijn deze voorwaarden echter doorgaans niet voldaan en is er vaak een noodzaak tot overheidsinterventie, bv. via een prijscontrolesysteem. De reden hiervoor is enerzijds economisch, aangezien de voorwaarden om tot goed functionerende markten te komen niet voldaan zijn. Maar anderzijds zijn er ook sterke ethische redenen, aangezien we vinden dat toegang tot zorg niet bepaald zou mogen worden door financiële armkracht van iemand. Deze argumenten gaan zeker op voor de ouderenzorg. Een duurzaam prijscontrolesysteem moet daarom een evenwicht zien te vinden tussen enerzijds het betaalbaar houden van zorg voor patiënten en de ziekteverzekering en anderzijds het garanderen van de beschikbaarheid van een voldoende groot en kwalitatief aanbod. We hebben kort aangegeven hoe overheden deze balans trachten te maken in de context van de prijsbepaling van geneesmiddelen en ziekenhuisverblijven.

### 8.5 Lessen uit de vroegere prijsevolutie en prijsreglementering

De prijsreglementering voor de woonzorgcentra zou kunnen omschreven worden als een ‘relict’ van wat in de jaren zeventig een vlaggenschip was van het economische overheidsingrijpen, met name prijscontrole of prijsverhogingsaangiften als onderdeel van de prijs- en inkomenspolitiek. Deze was niet alleen ingegeven vanuit macro-economische objectieven van beheersing van de inflatie, maar ook vanuit structuurpolitiek. Zij moest dienen als alternatief of compensatie voor het gebrek aan concurrentie, voor de prijszetting van belangrijke publieke goederen en diensten, om de koopkracht in het algemeen of van de gebruikers te vrijwaren, wat ook past in de aandacht voor bescherming van de consumenten. Sindsdien werd dit beleid in belangrijke mate afgebouwd maar werd onder meer voor een aantal sectoren, als geneesmiddelen, implantaten en de rusthuissector het systeem gehandhaafd.

In een evaluatie van midden jaren 2000 concludeerde het Federaal Planbureau dat de controle van de dagprijs redelijk goed had gewerkt aangezien de dagprijs niet noemenswaardig sneller was gestegen dan de inflatie (amper 10% meer over een periode van 10 jaar), terwijl ook de financiële leefbaarheid van het aanbod was gevrijwaard aangezien dit verder was gestegen. De studie gaf als verklaring mee dat in diezelfde periode de publieke financiering via het forfait van het RIZIV wel sterk was gestegen.

Sindsdien is die trend verdergezet. Herhaaldelijk onderlijnden wij hoe het RIZIV de voorbije decennia de behoeften aan extra financiering in de ouderenzorg volgde door niet alleen financiering te voorzien voor de extra plaatsen, maar hiervoor ook steeds beter gehonoreerde forfaits voorzag, en ook steeds meer RVT-forfaits. Zo steeg in Vlaanderen tussen 2001 en 2012 het aandeel van RVT-forfaits van 1/3 tot bijna 2/3 van het totaal aantal plaatsen. Na de invoering van het instellingforfait in 2004 zette die trend zich door, en werd nog geaccentueerd door de invoering bovenop de basisforfaits van een supplement van 9,47% voor de zogenaamde ‘extra zorginspanningen’. De verschillende RIZIV-forfaits zijn tot 2015 nog verder gestegen, een nieuw forfaitcategorie D werd ingevoerd, en sinds 2015 werden de forfaits wel nog geïndexeerd maar stegen zij niet meer in reële termen. De wijziging in de bewonersmix maakte dat tussen 2003 en 2015 de gewogen gemiddelde RIZIV-forfait nog steeg met 15 euro per dag, waarvan 5 euro alleen al in de laatste twee jaar tussen 2013 en 2015. In 2016 steeg dit niet meer en voorlopige cijfers voor 2017 zouden, door opnieuw een stijgend aandeel ROB-forfaits, terug een lichte daling laten merken. Maar deze voorlopige cijfers moeten omzichtig gehanteerd worden. Wij trekken de reeks van het gemiddeld RIZIV-forfait voor Vlaanderen enkel tot 2017 door omdat wij nu ook voor dat jaar voor de eerste keer een betrouwbaar cijfer voor de evolutie van de dagprijs hebben.

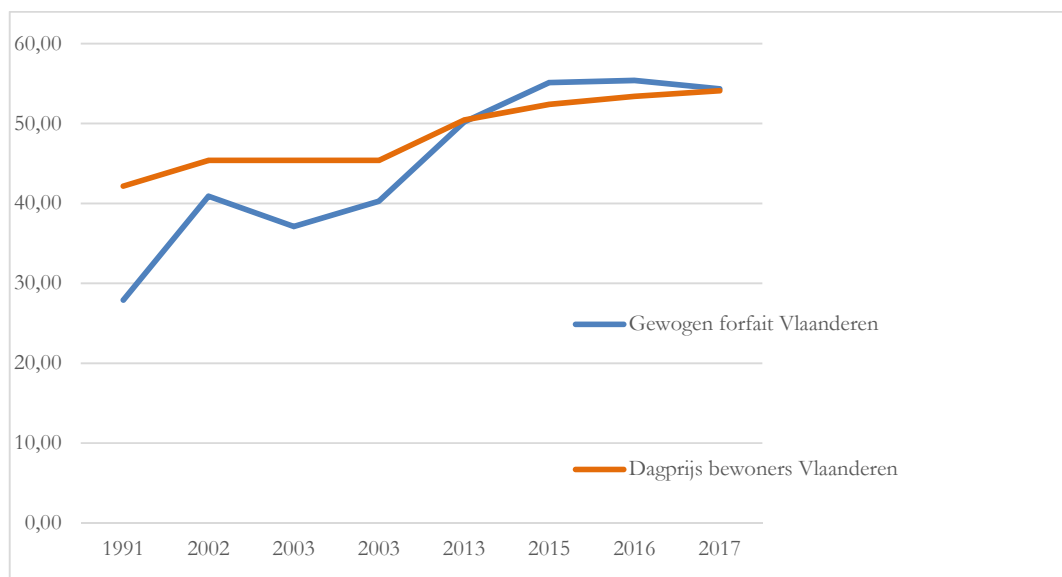
De voorheen sporadisch beschikbare informatie over de dagprijs gebruikte per voorziening rekenkundige gemiddelden van alle gehanteerde prijzen per kamertype. Enkel voor 2016 en 2017 hebben wij per instelling gewogen gemiddelde dagprijzen, die gewogen zijn met het aantal

wooneenheden per kamertype en het gemiddelde van de sector wordt gewogen met de grootte van elk van de voorzieningen.

Zowel in de negentiger jaren als in de jaren 2000-2012 is er een beperkte reële stijging bovenop de inflatie. In de periode 1991-2000 kennen wij een jaarlijkse reële groei van 1%, in de periode 2000-2012 is het zelfs maar 0,6% (zie tabel 8.2).

Dit kon maar doordat de publieke financiering in die periode sterker steeg. Ook in de jongste periode van 2013 tot 2015 is de stijging van de dagprijs geringer dan de stijging van het RIZIV-forfait, die vanaf 2013 overigens voor het eerst groter is dan de dagprijs.<sup>43</sup> De laatste jaren is er evenwel een acceleratie in de stijging van de dagprijs opgetreden, wat terug getemperd is in 2017. In de periode 2012-2016 is de jaarlijkse reële prijsstijging 1,9%. De twee jaren zijn evenwel niet perfect vergelijkbaar. In 2016-2017, de eerste perfect berekenbare reële stijging, wordt het 1,3%. Toch nog het dubbele van het percentage dat wij kennen in de periode 2000-2012. In prijzen van 2015 is het gewogen gemiddelde RIZIV-forfait 55,4 euro per dag in 2016 en de gemiddelde dagprijs in 2017 is 54,11 euro. In prijzen van 2017 zou dat respectievelijk 57,5 en 56,3 euro per dag bedragen.

**Figuur 8.1** Evolutie RIZIV-zorgforfait in vergelijking met dagprijs bewoners in Vlaanderen, 1991-2017, prijzen van 2015



\* Twee tarieven van de forfaits in 2003: de lage prijzen gelden voor de OCMW's die een sociaal akkoord niet volgden, alle privéinstellingen vallen onder het hoogste luik. De cijfers voor 2017 zijn gebaseerd op een voorlopige onvolledige telling van het aantal forfaits. Wat de dagprijs bewoners betreft zijn de prijzen tot en met 2015 niet perfect vergelijkbaar met de prijzen van 2016 en 2017.

Bron Zie hoofdstuk 2

<sup>43</sup> Er zijn nog andere publieke financieringsbronnen die maken dat de publieke financiering nog belangrijker is geworden dan het eigen aandeel van de bewoner via de dagprijs. Het cijfer van 2013 is wel een interpolatie, dus het RIZIV-forfait zou al vroeger hoger kunnen gelegen zijn omdat vanaf 2004 de forfaits kunnen worden opgehoogd met 9,74% omwille van de 'extra zorginspanningen'. De gemiddelde prijs wordt evenwel ook beïnvloed door de gewichten, met name het relatief aandeel van elk van de zorgforfaits.

**Tabel 8.2      Synthese gefragmenteerde informatie over nominale en reële evolutie dagprijs in de verschillende gewesten**

	Gecumuleerde procentuele nominale prijsstijging over beschouwde periode	Gecumuleerde procentuele reële prijsstijging over beschouwde periode	Procentuele reële verandering per jaar
<i>Vlaanderen</i>			
1991-2000	29,5	9,1	1,0
2000-2003	4,4	-1,3	-0,4
2003-2012	34,7	9,0	1,0
2000-2012	40,7	7,6	0,6
2012-2016	12,5	7,9	1,9
2016-2017	3,2	1,3	1,3
<i>Wallonië</i>			
2011-2014			
Eénpersoonkamers			1,3
Tweepersoonkamers			0,2
<i>Duitstalige Gemeenschap, kamers met douche/WC</i>			
2009-2015			0
<i>België, index 'Rusthuizen en instellingen voor andersvaliden'</i>			
2009-2016	23,9	9,5	1,5
2012-2016	12,0	7,5	1,8
Juni 2016-juni 2017	2,2	0,5	0,5

\* De prijzen in Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap zijn niet op dezelfde manier berekend als in Vlaanderen (totale sector versus per categorie)

Bron Zie punt 2.2, bijlage 2 en tekst prijscontrole in Wallonië en Duitstalige Gemeenschap

## 8.6 Lessen uit de recente prijsverhogingsaanvragen

Zoals boven gesteld is de invoering van de prijscontrole in Vlaanderen gepaard gegaan met een door- gedreven automatisering en standaardisering van de prijsverhogingsaanvragen en de prijsmedede- lingen. Tevens werden de gehanteerde beoordelingscriteria en marges geëxpliciteerd. De elementen daarvan zijn te vinden in tabel 8.1. Sinds de invoering in het vierde kwartaal 2015 tot het derde kwar- taal 2016 zijn er 199 prijsdossiers ingediend, waarvan 152 die betrekking hadden op de woonzorg- centra. Hieruit bezorgde de administratie ons, ongeveer gelijk verdeeld over de vier kwartalen, een ruime steekproef van 62 dossiers. Deze dossiers bevatten, in Excel, de formulieren ter verantwoor- ding van de prijsaanvraag of prijsverhogingsaanvraag, waaronder de huidige prijs, de gevraagde prijs- wijziging, meestal een prijsverhoging, al dan niet te onderscheiden voor de zittende bewoner of de nieuwe bewoners, de verantwoording van de prijsverhoging, die meestal hoger was dan de gevraagde prijsverhoging. Boekhoudkundige of andere verantwoordingsstukken werden in bijlagen toegevoegd maar zijn door ons niet verder geanalyseerd. Ook de betekening van de beslissing van de administratie was beschikbaar. De meest belangrijke componenten van deze dossiers hebben wij gecodeerd en geanalyseerd. Gezien het beperkt aantal dossiers zijn de conclusies tentatief, maar toch richting- gevend. Zij kunnen inspirerend zijn voor de meer exhaustieve analyse van deze aanvragen, ook over een langere periode. Zo hebben wij de gegevens geanalyseerd over de vier kwartalen om te zien of er leercurven op te merken waren, of er een inhaalbewegingen was omdat wij uit een overgangperiode



kwamen en of er gedragswijzigingen optraden. De formulieren zelf zijn in de loop van deze periode ook nog gewijzigd, en een nieuwe wijziging is gepland.

Een eerste element dat opvalt is dat deze dossiers niet identiek zijn. Wat ook het type aanvraagdossier moge zijn, wij kunnen verwachten dat prijsverhogingen en de informatie ter verantwoording van deze verhogingen, in eenzelfde stramen zou kunnen gegoten worden. Het zou de vergelijkbaarheid en transparantie verhogen. Dit wordt overigens bevestigd doordat het dossier dat in voorbereiding is voor het VIPA-forfait wel steeds hetzelfde is. Ook voor de prijsverhogingsaangiften is voor de toekomst een eenvormig dossier in voorbereiding. Opmerkelijk is verder dat voor sommige prijsverhogingen naast een financiële kostenverantwoording ook de reële vooruitgang in m<sup>2</sup> per kamer of collectieve ruimte, wordt gerapporteerd, als indicator van verbeterde woonkwaliteit, in feite vooral om de nieuwe wooneenheden te kwalificeren als een 'nieuw product'. Het zou een belangrijke objectivering kunnen zijn van de verbeterde woonkwaliteit, vergelijkbaar met de extra zorginspanningen die een verhoogde RIZIV-financiering uitlokken. Regelmatig stelden wij een, vanzelfsprekend, positief verband vast tussen deze dimensie (de grootte van de woongelegenheid) en de dagprijs, zoals voor een woning de grootte een belangrijke parameter zal zijn voor de huurprijs. Wij stellen dan ook voor deze informatie voor elk dossier te hanteren.

Opmerkelijk is verder dat de prijsverhogingen vooral verantwoord worden door investeringen. Voor een arbeidsintensieve sector als de zorgsector is dit niet evident en moeten ook de arbeidskosten een plaats kunnen hebben in de verantwoording van de prijsverhogingen.

Opmerkelijk is dat er voor nieuwe voorzieningen geen beperking is in de hoogte van de prijs. Voor nieuwe producten in bestaande voorzieningen, is er in feite geen beperking in de hoogte van de prijs, maar enkel is een verantwoording nodig. Naarmate de capaciteit aanzienlijk verruimt kan dit een aanzienlijke verhoging van het algeheel niveau van de dagprijs impliceren, en de ouderen voor betaalbaarheidsproblemen stellen. Om die reden kunnen nieuwe woongelegenheden vanaf 1 januari 2018 beroep doen op een infrastructuurforfait van 5 euro per dag, dat in mindering moet komen van de dagprijs. Een verantwoording vragen van de gehanteerde prijs, omwille ook van de transparantie van de markt, is dan ook een minimale vereiste. Een verantwoording van de prijzen van ook de nieuwe diensten is noodzakelijk. Wanneer prijsverhogingen moeten verantwoord worden, is het de logica zelfde dat ook het niveau van de prijs bij nieuwe voorzieningen moet worden verantwoord. Dit wordt voorzien voor het toekennen van het infrastructuurforfait van 5 euro. Het is even belangrijk voor de dagprijs van meer dan 50 euro die men aan de bewoner zal vragen, temeer daar dit nog gepaard gaat met een overigens even belangrijke publieke financiering van meer dan 50 euro. Dit principe van normering van de prijs voor nieuwe producten is overigens nog steeds van toepassing op geneesmiddelen en in Wallonië was er een plan om ook de prijs van nieuwe woonzorgcentra te vergelijken met een raster van standaardprijzen.

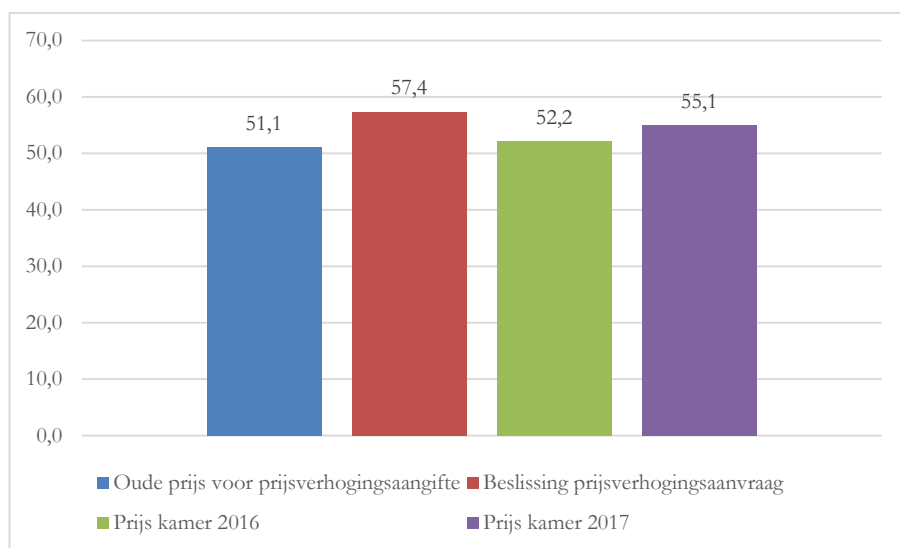
Voor het toepassingsveld van de huidige reglementering valt vooral op dat de normen die de prijscontroleur hanteert, weerspiegeld zijn in de prijsverhogingsaanvragen. Men vraagt aan wat men weet dat zal aanvaard worden, zelfs al kan men een hogere prijsstijging verantwoorden. Indien deze normen niet streng zijn, kunnen zij te hoge prijsstijgingen uitlokken. Het feit dat men meestal een hogere prijsstijging kan verantwoorden dan men finaal vraagt, kan wijzen op strenge normen. In vergelijking met de vroegere impliciete norm op federaal niveau, en de huidige geëxpliciteerde normen in andere gewesten, zijn de gehanteerde marges in Vlaanderen aan de hoge kant. Daarom noemen wij de huidige regulering eerder 'zacht' (niet streng). Maar zelfs als kostprijsverhogingen kunnen doorgerekend worden in de prijsstijgingen, dan biedt dit nog geen soelaas voor het algemeen lage niveau van rendabiliteit van de sector of een aantal segmenten daarvan. Maar tevens blijken de prijsstijgingen substantieel te zijn. Voor de nieuwe bewoners kunnen die vaak onmiddellijk ingaan, voor de zittende bewoner zijn de prijsstijgingen gefaseerd van 5 euro per 6 maand, dus 10 euro per jaar, en vanaf 1 jaar en 1 dag zou nog eens 5 euro meer kunnen gevraagd worden. Ook voor hen is de huidige prijsreglementering als 'zacht' te omschrijven. Maar door de steeds korter wordende verblijfsduur van de

bewoners, en doordat er de voorbije jaren aanzienlijk veel nieuwe capaciteit bijkwam, waarop de hogere prijzen veralgemeend toepasbaar zijn, vrezen wij dat het algemene niveau van de dagprijs verder zal stijgen voor de totale groep van bewoners, en zullen de betaalbaarheidsproblemen groter worden. Een strengere prijscontrole kan dit niet verhelpen, tenzij kostenstijgingen niet kunnen verantwoord worden. Om dit laatste zichtbaar te maken, blijft een veralgemeende prijsaangifte en prijsverhogingsaangifte wenselijk, en een prijscontrole noodzakelijk maar niet voldoende. De betaalbaarheid van de factuur voor het woonzorgcentrum kan enkel gegarandeerd worden door een verdere adequate tenlasteneming in de Vlaamse Sociale Bescherming.

Wij hebben de baat van de prijsverhogingsaangiften ook afgewogen tegen de administratieve lasten voor de controleurs en voor de voorzieningen. De opgevraagde informatie lijkt ons courante bedrijfsinformatie te zijn, zodat een rapporteringsplicht, zo ze al niet nuttig is vanuit de controleopdracht van de overheid, ook van belang is voor de voorziening zelf. Zeker nadat de procedure verder zal gestroomlijnd zijn, één dossier, en overigens ook één dossier voor zowel de VIPA-premie als voor de eigenlijke prijsverhoging, zal de administratieve kost ook voor de overheid beheersbaar zijn. Ook in de andere gewesten zijn vergelijkbare informatieverplichtingen. Zelfs al zou men geen strikte prijsnormen wensen te hanteren, is deze informatieplicht of plicht tot transparantie ook verdedigbaar vanuit het feit dat de woonzorgcentra in toenemende mate een door de overheid gefinancierde voorziening zijn, en naar de toekomst misschien nog meer zullen worden.

Voor de steekproef van 62 prijsverhogingsaangiften merken wij dat zij in de periode 2012-2016 reeds een substantiële prijsverhoging kennen, een deel van de aangevraagde prijsverhogingen zitten immers in de prijs die wij in mei 2016 vergelijken met de prijs in 2012. Merk op dat de prijs in 2012 niet perfect vergelijkbaar is met de prijs in 2016 waar de prijs per instelling gewogen is met het aantal woongelegenheden per kamertype; in 2012 werd enkel het rekenkundig gemiddelde per instelling genomen van de verschillende prijzen die men hanteert. Een deel van de prijsverhogingsaanvraag is nadien zichtbaar in de prijs genoteerd in mei 2017. Toch valt op dat in mei 2017 de prijsverhogingen niet alle/helemaal zijn doorgevoerd, deels omwille van de vertraging die in de regelgeving is voorzien voor de zittende bewoners, deels misschien omdat de sector zelf zegt dat ze de toegekende prijsverhoging niet toepast omwille van concurrentieredenen en soms zelfs kortingen toekent. Het kan ook betekenen dat de prijscontrole te ruimhartig was. Dit kan verantwoord zijn als bijvoorbeeld een inhaalbeweging wordt aanvaard, of een correctie voor aanzienlijke deficits in het verleden of zelfs omdat de toename van de publieke financiering (die groter is dan de toename van de dagprijs – in figuur 8.1 is duidelijk te zien hoe de publieke financiering via het RIZIV-forfait groter is dan de financiering via de dagprijs) toch nog onvoldoende de kostprijs volgt. Desondanks kan hij te hoog zijn voor de bewoners met een laag inkomen.

**Figuur 8.2** Verhouding tussen de aangevraagde prijsverhogingen en de prijsevolutie tussen mei 2016 – mei 2017 (nominale prijzen, 57 voorzieningen in Vlaanderen, in euro per dag)



Bron Zie 4.5.4

Wij hebben de analyse van de steekproef ook gedifferentieerd naar type dossiers en eigendomsstructuur. Het beperkt aantal dossiers van de commerciële sector valt op, bovendien is zelfs in de beperkte steekproef het juridisch statuut niet altijd het economisch eigendomsstatuut en dit kan ook wijzigen van jaar op jaar. De analyses naar subsector moeten dus voorzichtig geïnterpreteerd worden door het geringe aantal observaties, maar dit kan wel meer betrouwbaar gebeuren door alle prijsverhogingsdossiers te analyseren. Ook kunnen deze analyses zowel naar juridisch als naar economisch statuut gebeuren, waarbij vzw's die behoren tot een commerciële groep worden toegevoegd aan de commerciële sector.

Ondanks het bestaan sinds decennia van een prijscontrole in de woonzorgcentra hebben wij maar één expliciete evaluatie teruggevonden. Het voorliggend rapport heeft dan ook het geluk reeds in het eerste jaar van de nieuwe regeling een eerste analyse te kunnen uitvoeren. De introductie van de nulmeting van de dagprijs en de jaarlijkse meting nadien van de dagprijs zijn volgens ons een trendbreuk tegenover de werkwijze in het verleden, toen de dagprijsreglementering federale bevoegdheid was. Zij introduceert meer aandacht voor empirische evidentie omtrent de prestatie van de sector en vormt een belangrijk referentiepunt voor de evaluatie van de impact van de prijscontrole op zowel de betaalbaarheid voor de bewoner, het algemene prijspeil en de leefbaarheid van de voorzieningen op voorwaarde ook dat er een terugkoppeling is met andere elementen van de prestatie van de woonzorgsector, met name hun kostprijs en hun rendabiliteit. Met een totale omzet in Vlaanderen van meer dan 3 miljard en een omzet vervat in de dagprijs van de bewoners van meer dan 1,5 miljard en een publiek financiering van reeds meer dan 2 miljard, is de sector te omvangrijk en te belangrijk om niet in de prijsvorming gemonitord maar ook gecontroleerd te worden. Dit is zowel belangrijk voor de publieke financiën, voor de levensvatbaarheid van de voorzieningen maar vooral voor de betaalbaarheid voor de bewoners. De drie dimensies vormen bovendien communicerende vaten.

## 8.7 Lessen uit de internationale vergelijking

Wat leren ons de buitenlandse voorbeelden? Bij de selectie van de buitenlandse voorbeelden hebben wij gekozen voor landen die een geavanceerde sociale bescherming hebben, die al een traditie hebben van een expliciete verzekering voor de langdurige zorg (*‘long-term care-insurance’*) en ook, en dat kan inspirerend zijn voor de persoonsvolgende financiering, de keuze laten tussen zorg in natura en zorg

in geld. Het laatste biedt de mogelijkheid om zelf de zorg in te kopen. België, en nu Vlaanderen wat de uitbouw betreft van de Vlaamse Sociale Bescherming, hoort thuis in dit rijtje wat betreft de hoogte van de sociale bescherming, de impliciete langdurige zorg verzekering omdat het woonzorgcentra verzekerd was via de ziekteverzekering en nu de Vlaamse Sociale Bescherming, en eigenlijk ook wat de uitbouw betreft van voorzieningen. De Vlaamse zorgverzekering en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden zijn bijkomende vormen van tegemoetkoming in geld.

Wat leert ons dit omtrent de prijscontrole van de dagprijs? Behoudens de hoge graad van institutionalisering bevindt België, en bij veralgemening ook Vlaanderen, zich op een middenniveau van residentiële ouderenzorg, terwijl Oostenrijk en Duitsland, en ook Luxemburg al bij al minder residentiële voorzieningen hebben. De uitgaven voor langdurige zorg zijn in België ook hoog in vergelijking met de andere beschouwde landen en in alle landen blijft het eigen aandeel van de bewoners nog aanzienlijk. Zelfs met een goed uitgebouwde traditie van een verzekering voor de langdurige zorg blijft het eigen aandeel aanzienlijk, en stellen zich problemen van betaalbaarheid voor de bewoners. De verschillende modaliteiten van het eigen aandeel hebben elk voor- en nadelen. Zo was geruime tijd in Duitsland de eigen bijdrage een bepaald percentage van de totale kostprijs, wat maakt dat de voorziening voor de bewoner duurder werd naarmate men meer zorgafhankelijk werd. Dit is recent vervangen door een vlak tarief, dat de eigen bijdrage nu evenwel duurder maakt voor de personen met een kleinere hulpbehoefte. Bij betalingsproblemen moet men nog steeds beroep doen op bijstand of de onderhoudsplicht van de kinderen. In Oostenrijk moet de eigen bijdrage geput worden uit het pensioen (behoudens 20% van dat pensioen) of het 'Pflegegeld' (behoudens zakgeld van 42 euro per maand), en wordt het tekort verhaald op het vermogen, of op de partner of de erfenis. De eigen bijdrage terugvorderen van de kinderen was niet meer het geval maar ze terugvorderen op de partner of op het vermogen (sommigen spraken van een '100% vermogensbelasting') bleef bestaan. In de aanloop naar de verkiezingen 2017 bleek er een consensus te ontstaan om die 'Regressforderung' af te schaffen. Beide landen illustreren ook dat zelfs het bestaan van een tegemoetkoming in geld niet noodzakelijk leidt tot een betere financiering van de voorzieningen of meer institutionalisering, lees toegankelijkheid van de residentiële ouderenzorg. Bovendien stelt zich ook steeds de vraag of het niveau van de tegemoetkomingen voldoende het kostenverloop volgt, wat onder invloed van besparingen niet altijd het geval was. De vraag kan overigens gesteld worden, indien het de bedoeling is dat de institutionele zorg moet gefinancierd worden, men dit niet rechtstreeks kan via de voorzieningen.

De internationale vergelijking leert ons dat het moduleren van de prijsbepaling en de eigen bijdrage aanzienlijk kan verschillen. In Duitsland en Oostenrijk blijven de bewoners geconfronteerd met het risico van hoge bijdragen, die oorspronkelijk zelfs hoger was in Duitsland naarmate men meer hulpbehoefte had. In Oostenrijk daarentegen, zou de betaalbaarheid moeten toegenomen zijn naarmate men meer hulpbehoefte had omdat dan het 'Pflegegeld' steeg, dat kon ingezet worden voor de betaling van de eigen bijdrage. Nu is in Duitsland het bepalen van de eigen bijdrage en in feite ook de totale financiering, bovenop de financiering van de zorgverzekering, afhankelijk van onderhandelingen tussen de financiers en de aanbieders. Maar zij onderhandelen in feite wel over de bijdrage van de bewoner.

In Nederland is de prijs van de residentiële voorzieningen centraal bepaald en ook de dagprijs wordt centraal betaald via een regeling die afhankelijk is van inkomen, vermogen en zorgbehoefte.

Als de eigen bijdrage best niet in functie van de zorgbehoefte is, kan men deze afhankelijk maken van het inkomen. De inkomens- of vermogenstoets is gevoelig voor een voorziening die zou moeten beschikbaar zijn in functie van de behoeften. Ook in Vlaanderen werd bij de creatie van de Vlaamse Zorgverzekering quasi unaniem gesteld dat de uitkeringen afhankelijk moesten zijn van de behoeften, en de bijdragen moesten gemoduleerd worden naar draagkracht. De tegemoetkoming hulp aan bejaarden is weliswaar verschillend in functie van de behoefte, maar wel afhankelijk van het inkomen en zelfs het vermogen. Een vergelijking met Nederland laat zien, rekening houdend met deze tegemoetkoming hulp aan bejaarden, dat de resterende eigen bijdrage hoger is in Vlaanderen. Ook de

bedragen die wij in het internationaal overzicht konden noteren over zowel de eigen bijdragen als de totale kostprijs, laten zien dat onze voorzieningen in vergelijking met de andere landen redelijk duur zijn en ook een hoge eigen bijdrage vergen. Uitzondering is Luxemburg dat een hoge publieke financiering kent per woongelegenheden in de residentiële zorg. Om dan de voorziening betaalbaar te houden voor de bewoner met een laag inkomen kan enkel de publieke financiering verder stijgen, wat wij voorheen reeds stelden omtrent de ‘onderfinanciering’ voor bepaalde forfaitcategorieën of misschien zelfs voor alle zorgcategorieën (Pacolet & De Coninck, 2015).

### 8.8 Persoonsvolgende financiering

Via de instellingfinanciering is het besef vervaagd dat ook de huidige kostprijs gebaseerd is, met een zekere vertraging, op de zorgbehoefte en de kostprijs van de groep van individuele bewoners van de voorziening. Het zorgforfait van het RIZIV is dan ook een redelijk geïndividualiseerde persoonsvolgende financiering, zeker in het verleden, maar ook nu nog, zelfs al verdwijnt de visibiliteit door de instellingfinanciering. Er is niet alleen een inschaling van de individuele bewoner nodig, maar tevens heeft die een redelijke vrije keuze van de aanbieder (alhoewel lokaal bepaald) en volgt de financiering bijgevolg de bewoner. Wel is er een stelsel van derde betaler, maar men zou het ook kunnen omschrijven als een ‘voucher systeem’. De persoonsvolgende financiering, zal behoudens een eigen bijdrage van de bewoner, vooral bepaald worden door de totale kost van de zorg, in functie van de zorggradatie. Dit zal de opvolging en controle van de kostprijs nog meer noodzakelijk maken, tenzij men het risico van de niet door de overheid gedekte kosten laat dragen door de bewoner. Dit systeem komt het meest overeen met het Duitse en Oostenrijkse stelsel van zorgfinanciering, waar men juist probeert te remediëren dat men de last verder afwentelt op de schouders van de bewoner en dan nog het meest op de meest hulpbehoevende.

De controle van de kostprijs en de dagprijs blijft bijgevolg ook bij persoonsvolgende financiering in dit stelsel verantwoord vanuit het vrijwaren van de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de gebruiker zelf, en de vrijwaring van de publieke financiën.

### 8.9 Eindconclusie

Voor een sector die dermate hoog publiek gefinancierd wordt, zowel omwille van de betaalbaarheid voor de gebruiker als voor de levensvatbaarheid van het aanbod, blijft een monitoring en controle van de prijzen en de prijsverhogingsaangiften noodzakelijk. De prijscontrole dient niet alleen van toepassing te zijn op de prijsverhoging, maar ook op de totale prijs die men introduceert voor nieuwe producten en diensten, zoals bijvoorbeeld het geval is bij de federale controle voor de prijs van farmaceutische producten, of zoals ook overwogen wordt in Wallonië voor de woonzorgcentra. Maar zelfs geadmistreerde (door de overheid geregleerde) prijzen kunnen te hoog zijn of te snel stijgen. De recente Europese aandacht (en ook van de NBB) voor het aandeel van deze geadmistreerde prijzen in de globale inflatie illustreert dit. Deze prijzen dreigden sterker te stijgen dan de globale inflatie.

De empirische analyse van de gehanteerde criteria in de prijsverhogingsdossiers leert ons dat het verantwoord kan zijn dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen de aanwezige bewoners en de nieuwe bewoners. Maar zelfs de thans gehanteerde criteria van 5 euro per zes maand hebben wij als ‘zach’ omschreven. In de recent goedgekeurde Conceptnota van de Vlaamse Regering over de residentiële ouderenzorg (Vandeuren J., 1 december 2017, p. 89) wordt een stelsel van dagprijsgarantie voor de bewoners aangekondigd die deze regeling ‘harder’ (strenger) zou kunnen maken. De Conceptnota kondigt hierover verder onderzoek aan.

Vanuit het vrijwaren van de betaalbaarheid voor de totale groep van bewoners (huidige en toekomstige) is dit onderscheid echter niet evident en moet ook de totale prijsevolutie bewaakt worden. De controle op het globale prijsniveau heeft immers ook een invloed op de reeds aanwezige bewoners.

Daarenboven valt op dat de maximale marges die thans in voege zijn redelijk ruim lijken, in vergelijking met de impliciete norm die op federaal niveau werd toegepast in het verleden (maximaal 10% over twee jaar en maximale sprongen van 3 euro op jaarbasis), en de marges die nu in andere gewesten vermeld worden, en misschien zelfs in vergelijking met de prijsstijgingen die uiteindelijk in werkelijkheid plaats grijpen.

Het vooraf bekend maken van de marges van de toegelaten prijsstijgingen die men hanteert kan tot gevolg hebben, indien zij te hoog zijn, dat het prijsstijgingen in de aanvragen aanjaagt of uitlokt. Het is geen strenge maar eerder zachte reglementering, die zelfs het negatieve effect heeft dat men de prijsstijging aanjaagt. Dit moet men vermijden. Indien zij te laag zouden zijn, kan het een remmend effect hebben op de financiële leefbaarheid van de sector, tenzij men dit compenseert door meer overheidsfinanciering. De permanente mogelijkheid tot afruil tussen publieke financiering en eigen bijdragen, maakt dat men steeds het totaal plaatje in beeld moet brengen. De controle op de dagprijs is geen alternatief voor de keuze omtrent de publieke financiering van de zorg.

Wat het niveau van de prijscontrole betreft, dit is een empirische kwestie. De toegekende verhogingen kunnen op een bepaald moment verantwoord zijn, maar moeten regelmatig getoetst worden. Een te zachte normering kan de prijsstijging overigens aanjagen, een te strenge normering zal de expansie van de sector fnuiken en het financieel evenwicht hypothekeren. De prijsreglementering kan beïnvloed worden door de stakeholders zelf, niet in het minst omdat de overheid riskeert een informatiedeficit te hebben ten opzichte van de gereguleerde sector. De prijsnormering is sterk afhankelijk van de informatieverzameling over de exploitatiekosten en de exploitatiemarge. De prijsverhogingsaangiften zorgen er voor dat de overheid beter geïnformeerd is over de exploitatievoorwaarden van de sector, en kan bijgevolg de prijsnormering zelf beïnvloeden. In die zin kan de informatie ook een goede basis vormen voor een geïnformeerde dialoog over deze normen en misschien zelfs leiden tot 'programma-akkoorden' die ooit in het domein van prijscontrole ingang vonden. De informatie kan ook de basis vormen voor een kritische evaluatie van het kostenniveau en de marges in de sector, maar zelfs bij onderhandelde prijzen of bij volledig vrije prijzen zouden die vragen ultiem ook dienen gesteld te worden. De administratieve last van het verzamelen van deze informatie is bovendien beheersbaar, is ook in de andere gewesten aan de orde en is complementair met de controle die nodig is voor een dermate sterk gesubsidieerde sector. Ze is misschien zelfs veeleer als een baat te omschrijven omdat zowel overheid, gebruiker als voorziening baat hebben bij een goede transparantie van de markt. De Vlaamse overheid heeft met zijn registratiesysteem van de dagprijzen ook op dat terrein een belangrijke stap vooruitgezet.

Tot slot, de prijsreglementering kan de overheid niet vrijkopen van zijn opdracht om een goed uitgebouwde sociale verzekering, lees collectieve financiering, te voorzien voor het risico van de langdurige zorg. De principes die men bij de uitbouw van de Vlaamse Zorgverzekering, en overigens in de sociale zekerheid in het algemeen, naar voren schoof van bijdragen naar draagkracht en uitkeringen in functie van de behoeften, blijven hier voor ons nog steeds gelden. Een meer gemoduleerde bijdrageregeling in functie van de draagkracht zou denkbaar zijn, en is onder meer via de huidige regeling van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, reeds erg selectief.

Recente internationale voorbeelden tonen aan hoe gevoelig deze thematiek is bij de bevolking zelf. Een goed uitgebouwde verzekering van de langdurige zorg voor iedereen, ongeacht het inkomen, is de enige garantie voor het vrijwaren van de betaalbaarheid voor de gebruiker en de levensvatbaarheid en continuïteit van het aanbod. Monitoring en controle van de kostprijs en de dagprijs zijn daar een noodzakelijk complement van.



**- BIJLAGEN -**





# **bijlage 1 Aandeel gefactureerde dagen naar zorgforfait en per regio en totaal voor België, 2003-2017**

**Tabel b1.1 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2003, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
ROB	65,5	43,4	68,1	52,9	59,6
0	24,4	19,5	21,1	16,8	19,2
A	14,3	14,1	15,9	14,5	14,9
B	13,7	6,5	15,9	11,8	13,4
C	6,4	2,5	8,5	5,8	6,8
Cd	6,7	0,8	6,7	4,0	5,3
RI/T	34,5	56,6	31,9	47,1	40,4
B	7,6	15,7	6,9	10,2	8,8
C	7,7	12,5	6,8	8,7	7,9
Cd	19,3	28,4	18,2	28,2	23,7
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekening op basis van RIZIV-data, overgemaakt door het AZG

**Tabel b1.2 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2013, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
ROB	56,8	35,1	54,8	36,4	45,0
0	22,3	13,8	16,2	11,1	14,1
A	16,1	14,6	17,8	12,6	14,8
B	7,2	3,3	8,6	3,8	5,8
C	3,4	1,3	3,8	1,9	2,7
Cd	6,2	1,7	6,9	4,9	5,7
D	1,6	0,4	1,5	2,1	1,8
RI/T	43,2	64,9	45,2	63,6	55,0
B	14,5	24,5	16,2	24,8	20,7
C	7,5	10,9	8,3	11,0	9,7
Cd	21,3	29,6	20,7	27,8	24,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekening op basis van RIZIV-data, overgemaakt door het AZG

**Tabel b1.3 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2015, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
<i>ROB</i>	<i>56,5</i>	<i>34,0</i>	<i>51,2</i>	<i>39,2</i>	<i>45,0</i>
0	20,2	14,2	13,9	9,2	12,0
A	16,2	13,2	17,7	12,3	14,5
B	7,3	2,3	7,0	4,2	5,5
C	3,9	1,4	3,7	2,4	3,0
Cd	6,9	1,4	6,8	7,9	7,4
D	1,9	1,6	2,1	3,2	2,7
<i>RV/T</i>	<i>43,5</i>	<i>66,0</i>	<i>48,8</i>	<i>60,8</i>	<i>55,0</i>
B	16,3	24,7	18,3	25,5	22,1
C	7,1	12,4	8,4	10,2	9,3
Cd	20,0	28,9	22,1	25,1	23,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekening op basis van RIZIV-data, overgemaakt door het AZG

**Tabel b1.4 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2016, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
<i>ROB</i>	<i>56,6</i>	<i>33,8</i>	<i>51,2</i>	<i>40,0</i>	<i>45,3</i>
0	18,8	13,3	13,5	8,4	11,2
A	16,9	13,3	17,7	12,3	14,6
B	7,7	2,8	7,1	3,9	5,3
C	3,9	0,9	3,7	2,5	3,0
Cd	7,5	1,4	7,2	9,4	8,4
D	1,7	2,2	2,1	3,4	2,8
<i>RV/T</i>	<i>43,4</i>	<i>66,2</i>	<i>48,8</i>	<i>60,0</i>	<i>54,7</i>
B	16,5	24,5	18,8	26,1	22,7
C	7,2	9,9	8,2	9,9	9,1
Cd	19,6	31,8	21,9	24,0	22,9
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekening op basis van RIZIV-data, overgemaakt door het AZG

**Tabel b1.5 Aandeel van gefactureerde dagen naar RIZIV-zorgcategorieën, per gewest en voor België, 2017, 1<sup>ste</sup> kwartaal**

	Brussel GGC	Deutschspr. Gemeinschaft	Région Wallonne	Vlaamse Gemeenschap	België
<i>ROB</i>	<i>57,9</i>	<i>34,5</i>	<i>50,4</i>	<i>41,9</i>	<i>46,3</i>
0	17,7	12,2	12,8	8,8	11,0
A	16,4	15,5	18,2	13,1	15,1
B	8,8	1,2	6,4	3,5	5,0
C	4,5	1,2	3,5	2,4	3,0
Cd	8,6	0,8	7,6	10,2	9,2
D	1,8	3,7	2,0	3,8	3,0
<i>RV/T</i>	<i>42,1</i>	<i>65,5</i>	<i>49,6</i>	<i>58,1</i>	<i>53,7</i>
B	17,1	23,1	20,3	27,7	24,2
C	6,7	10,4	8,2	9,3	8,7
Cd	18,3	32,0	21,0	21,2	20,8
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron Eigen berekening op basis van RIZIV-data, overgemaakt door het AZG

## bijlage 2 Evolutie van de dagprijs in Vlaanderen, Wallonië, Duitstalige Gemeenschap

Tabel b2.1 Evolutie van de dagprijs in de woonzorgcentra in Vlaanderen, 1991 - 2017

Jaar	Dagprijs, nominale cijfers, in euro	Dagprijs, in euro van 2015	Reële prijsstijging t.o.v. basisjaar =1	Jaarlijkse reële stijging in %
1991	26,62	42,17		
1992	28,06	43,39		
1993	29,63	44,60		
1994	30,67	45,08		
1995	31,44	45,54		
1996	32,13	45,60		
1997	32,93	46,00		
1998	33,59	46,47		
1999	33,99	46,51		
2000	34,47	45,99		
2001				
2002				
2003	36,00	45,39		
2004				
2005				
2006				
2007				
2008				
2009				
2010				
2011				
2012	48,50	49,49		
2013		50,44		
2014		51,41		
2015		52,39		
mei/16	54,55	53,40		
mei/17	56,30	54,11		
evolutie 2000/1991	1,295	1,091	1,009686	1,0
evolutie 2003/2000	1,044	0,987	0,995663	-0,4
evolutie 2012/2003	1,347	1,090	1,009635	1,0
evolutie 2012/2000	1,407	1,076	1,006124	0,6
evolutie 2016/2012	1,125	1,079	1,019214	1,9
evolutie 2017/2016	1,032	1,013	1,017168	1,3

\* 2013-2015 zijn interpolaties, 2016 en 2017 gebaseerd op monitoring dagprijs Agentschap Zorg en Gezondheid.

Bron Deryckere (2001), Pacolet & De Coninck (2015), Agentschap Zorg en Gezondheid

Tabel b2.2 Evolutie van de dagprijs in de Duitstalige Gemeenschap, 2008-2015

	Dagprijs in euro							Prijsstijging t.o.v. basisjaar = 1	Jaarlijkse stijging in %
	2009	2010	2011 inter- polatie	2012	2013	2014	2015		
<i>Lopende prijzen</i>									
Eénpersoonskamer									
met lavabo	38,38	38,71	39,48	40,25	40,55	41,18	41,68	1,086	1,4
met douche/WC	43,91	43,78	44,71	45,64	46,12	47,47	48,75	1,110	1,8
Tweepersoonskamer									
met douche/WC	41,21	41,45	42,61 5	43,78	43,87	45,32	45,7	1,109	1,7
<i>In prijzen van 2015</i>									
Eénpersoonskamer									
met lavabo	42,61	42,05	41,43	41,07	40,92	41,41	41,68	0,978	-0,4
met douche/WC	48,74	47,56	46,91	46,57	46,54	47,74	48,75	1,000	0,0
Tweepersoonskamer									
met douche/WC	45,75	45,03	44,71	44,67	44,27	45,57	45,70	0,999	0,0

Bron Antwoord Minister Antoniadis op Parlementaire vraag van C. Servaty, april 2016

Tabel b2.3 Evolutie dagprijs in het Waalse Gewest, 2011-2014

	2014			2011		
	Een- persoons- kamer	Twee- persoons- kamer	Meer- persoons- kamer	Een- persoons- kamer	Twee- persoons- kamer	Meer- persoons- kamer
<i>Lopende prijzen, in euro</i>	44,14	37,59	34,13	40,75	35,78	31,88
Prijsstijging t.o.v. basisjaar = 1				1,08	1,05	1,07
Jaarlijkse nominale stijging in %				2,7	1,7	2,3
<i>Prijzen 2015, in euro</i>	44,39	37,80	34,32	42,76	37,54	33,45
Prijsstijging t.o.v. basisjaar = 1				1,038	1,007	1,026
Jaarlijkse réële stijging in %				1,3	0,2	0,9

Bron AVIQ (2016), Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés, p. 75

## bijlage 3 Weerhouden variabelen in de prijsverhogingsaanblijft

Tabel b3.1 Weerhouden variabelen in de prijsverhogingsaanblijft

Voorziening
Aanvraag
Nr Zorg en gezondheid
KBO
Vorm
Capaciteit
Huidige dagprijs
Aangevraagde dagprijs
% aangevraagde verhoging
Nieuwbouw - nettodagprijsverhoging
Meubilair - nettodagprijsverhoging
Verantwoording prijsverhoging
Vershil huidige /aangevraagde
Vershil verantwoording/gevraagd
Beslissing oud
Beslissing nieuwe
Beslissing totaal
Beslissing toename
tot 50 onbeperkt
limiet 10 of 15%
Opbrengst voor de voorziening
Extra kost per jaar

**Tabel b3.2      Weerhouden variabelen uit de motivatie prijsverhogingsaangiften**

Voorziening
Aanvraag
Nr Zorg en gezondheid
KBO
Vorm
Capaciteit
Huidige oppervlakte (/bewoner)
Kamer
Collectief
Toekomstige oppervlakte (/bewoner)
Kamer nieuw
Collectief nieuw
% toename
Ruimte voor kine, ergo en animatie
Zit-en eetruimten
Gemeenschappelijk sanitair
Geklimatiseerde ruimte
Varia: ...
Totaal=
bewoners
collectief/bewoner =
Ruimte voor kine, ergo en animatie
Zit-en eetruimten
Gemeenschappelijk sanitair
Geklimatiseerde ruimte
Varia: ...
Totaal=
bewoners
collectief/bewoner =
Apart sanitair?
Toename individuele ruimte in m <sup>2</sup>
Toename collectieve ruimte in m <sup>2</sup>
Huidige prijs
Beslissing
Verantwoording
Prijsstijging



## bijlage 4 Internationale vergelijkingspunten

Tabel b4.1 Private en publieke uitgaven voor langdurige zorg, 2013, naar functie, in % van het BBP

	HC3- Long-term care Health	HC31- Long-term care Health	HC32- Long-term care Health	HC33- Long-term care Health	HC34- Long-term care Health	HCR1- Long-term care SOCIAL	TOTAAL  HC3 + HCR1	Eigen bijdrage  (HC31)	Eigen bijdrage  (HC32)	Eigen bijdrage  (HC33)	Eigen bijdrage  (HC34)	Tussen- komst publieke instanties en private ver- zekeraars (HC31)	Tussen- komst publieke instanties en private ver- zekeraars (HC32)	Tussen- komst publieke instanties en private ver- zekeraars (HC33)	Tussen- komst publieke instanties en private ver- zekeraars (HC34)
BE	<b>2,55</b>	1,5	0,02	0,08	0,96	:	<b>2,55</b>	0,26	:	:	0,07	1,24			0,89
BG	<b>0,01</b>	0,01	0	0	0	:	<b>0,01</b>	0,01	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CZ	<b>0,28</b>	0,23	0	0	0,06	<b>0</b>	<b>0,28</b>	:	:	:	:				
DE	<b>1,52</b>	0,97	0,01	:	0,54	<b>0,11</b>	<b>1,63</b>	0,41	:	:	0,08	0,56			0,46
EE	<b>0,3</b>	0,28	0	0	0,02	:	<b>0,30</b>	0,09	0	0	0	0,19	0,00	0,00	0,02
EL	<b>0,12</b>	0,01	:	:	0,11	:	<b>0,12</b>	:	:	:	:				
FR	<b>1,3</b>	0,87	:	:	0,43	<b>0,64</b>	<b>1,94</b>	:	:	:	0,01				0,42
HR	<b>0,16</b>	0,11	:	0	0,04	:	<b>0,16</b>	0	:	:	:	0,11			
CY	<b>0,19</b>	0,05	0	0,03	0,11	:	<b>0,19</b>	0,02	0	0	0,01	0,03	0,00	0,03	0,10
LT	<b>0,47</b>	0,16	0,01	:	0,3	<b>0,45</b>	<b>0,92</b>	0,01	0	:	0	0,15	0,01		0,30
HU	<b>0,3</b>	0,28	0,01	0	0,01	:	<b>0,30</b>	0,02	0	0	0	0,26	0,01	0,00	0,01
NL	<b>2,82</b>	2,36	:	:	0,46	<b>1,41</b>	<b>4,23</b>	0	:	:	0	2,36			0,46
AT	<b>1,53</b>	0,73	0,01	:	0,79	:	<b>1,53</b>	0,27	:	:	0,05	0,46			0,74
PL	<b>0,37</b>	0,13	0	0	0,24	<b>2,44</b>	<b>2,81</b>	0,01	0	0	0	0,12	0,00	0,00	0,24
PT	<b>0,19</b>	0,14	:	:	0,05	<b>0,70</b>	<b>0,89</b>	0,04	:	:	0,00	0,10			0,05
RO	<b>0,26</b>	0,07	0	0	0,19	:	<b>0,26</b>	:	:	:	:				

\* HC31: Inpatient long-term care; HC32: day long-term care; HC33: outpatient long-term care; HC34: home-based long-term care.

: betekent niet beschikbaar.

Bron OECD, SHA

**Tabel b4.2      Vergelijking berekening eigen bijdrage in woonzorgcentrum Nederland met Vlaanderen**

		Met vermogen	Geen vermogen
<i>Nederland</i>			
Inkomen (pensioen)		14 000,00	14 000,00
Uw premie zorgverzekering		2 088,92	2 088,92
Zak- en kleedgeld		3 608,00	3 608,00
Aftrek pensioengerechtigde leeftijd		972,00	972,00
Beschikbaar inkomen		7 331,08	7 331,08
Aftrek van het beschikbaar inkomen, als dit hoger is dan 8.269,00		0	0
Subtotaal		7 331,08	7 331,08
Uw grondslag sparen en beleggen	100 000		
8% bijtelling van 100.000,00		8 000,00	
Bijdrageplichtig inkomen op jaarbasis		15 331,08	7 331,08
Eigen bijdrage op jaarbasis		15 331,08	7 331,08
Eigen bijdrage per maand		1 277,59	610,92
<i>België</i>			
Inkomen		14 000,00	14 000,00
Categorie THAB 5		6 721,61	6 721,61
Vermogen	100 000		
aan te rekenen inkomen 90%		12 600,00	12 600,00
opbrengst vermogen 6%		6 000,00	0,00
Totaal		18 600,00	12 600,00
Vrijstelling alleenstaande		13 395,42	13 395,42
Af te trekken inkomsten		5 204,58	-795,42
Netto THAB per jaar		1 517,03	6 721,61
Dagprijs (30 dagen x 60 euro)		1 800,00	1 800,00
Zorgverzekering		130,00	130,00
THAB per maand		126,42	560,13
Eigen bijdrage netto		1 543,58	1 109,87

Bron Eigen simulaties met rekenblad CAK en voor THAB van DG Personen met een handicap



# Referenties

- ActiZ. (2015). Wlz-inkoopbeleid 2016 definitief. Opiniestuk, 13 juli 2015.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaamse Sociale Bescherming. Te raadplegen via: <http://www.vlaamssocialebescherming.be/nl/uitgaande-grensarbeiders>
- Allen, K., Bednarik, R., Campbell, L., Dieterich, A., Hirsch-Durrett, E., Emilsson, T., Glasby, J., Gobet, P., Kagialaris, G., Klavus, J., Kumpers, S., Leichsenring, K., Ljunggren, G., Mastroiannakis, T., Merilainen, S., Naiditch, M., Nies, H., Repetti, M., Repkova, K., Rodrigues R., Stiehr, K., van der Veen, R., Wagner, L., Weigl, B. (2011), Governance and finance of long-term care across Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Overview report.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2015), Vlaams Zorgfonds. Jaarverslag 2014.
- Agten, J. (2016), Zakgeld in het woonzorgcentrum. Okra Magazine, Mei 2016.
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). Demande de hausse de prix : Etablissement d'hébergement et d'accueil pour aînés.
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). Contrôle des prix – secteur des établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés. Te raadplegen via: <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/controle-des-prix>
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) (2016). Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés 2014, Charleroi.
- Contrôle des prix – secteur des établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés. Te raadplegen via: <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/controle-des-prix>
- Bachner, M. (05.2.2017). Bei der Pflege im Heim schnappt die Vermögensfalle gnadenlos zu. Te raadplegen via: <https://kurier.at/politik/inland/bei-der-pflege-im-heim-schnappt-die-vermoegensfalle-gnadenlos-zu/244.824.757>
- Belga. (01-07-2017), Moratorium op aantal bedden in Brusselse instellingen voor ouderen. Bruzz. Te raadplegen via: <http://www.bruzz.be/nl/actua/moratorium-op-aantal-bedden-brusselse-instellingen-voor-ouderen>
- Beneker, C. (29-04-2014), Pflegevorsorgefonds nur 'symbolpolitik'? – Kritik am Reformkonzept. Medscape.de. Besluit van de Vlaamse Regering tot wijziging van verschillende besluiten wat betreft de invoering van infrastructuursubsidies voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf (17 maart 2017).
- Boll, F., Ceyssens, R., Marten, B. & Pacolet, J. (1977), Prijsbeleid en inflatie in België. HIVA, Leuven
- Boonen C. & Pacolet J. (2001), Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.
- Breda, J., Pacolet, J., Hedeboom, G. & Vogels, J. (2010), Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen. HIVA, Leuven.
- Bundesministerium für Gesundheit (20-01-2016), Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
- Chambre des Salariés Luxembourg (21-04-2015). PowerPoint: Vorstellung des Luxemburgischen Modells des Pflegeversicherung. Séminaire en vue de la réforme de l'assurance dépendance.
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). (2015), Basisrapportage AWBZ. 1 januari 2015, 1 juli 2014, 1 januari 2014. Nederland.
- Caisse nationale de santé (CNS). (2014), Exercice 2014. Décompte annuel global. Bilan de l'assurance dépendance.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens F. (2011), Help wanted? Providing and playing for long-term care, Paris, OECD.
- Consiel Bruxellois de coordination sociopolitique. (2017), Vers l'établissement d'une assurance autonomie ? Te raadplegen via: <http://www.cbcs.be/Vers-l-etablissement-d-une>
- Cornille, D. (2006), Een nieuwe nationale consumptieprijsindex en 10 jaar HICP. Economisch Tijdschrift Nationale Bank België.
- De Brouwer, H., Verte, D., Dumont, D., De Blander, R., Mahieu, C., Vandenbroucke, A., Slautsky, E., De Spiege-laere, M. & De Greef, V. (2016), Vers une assurance autonomie bruxelloise, ULB.
- De Donder, L., Verté, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M., Vanmechelen, O., Smetcoren, A.-S., Persyn, P., Verté, D. (2012), Programmatie-studie. Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen. Vrije Universiteit Brussel & Kenniscentrum Woonzorg Brussel, 301 p.

- Delsen, L. (2015), De realisatie van de participatiemaatschappij. Hervorming van de verzorgingsstaat in Nederland: 2010-2015, in Pacolet, J. (red.). De staat van de verzorgingsstaat in de EU anno 1992 en twintig jaar later, Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid, 2015/4, p. 767-797.
- De Padt, G. (20-09-2010), Schriftelijke vraag nr. 5-175 (Senaat) aan de minister voor Ondernemen en Vereenvoudigen omtrent Rusthuizen - Verhoging van de ligdagprijs. Te raadplegen via <https://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=175&LANG=nl>
- Deryckere F. (2001), Reflecties bij het financiële luik van Vlaams Zilver, in Boonen C., Pacolet J. (red.) Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.
- De Smaele, M., & Vermeiren, N. (2017). Dagprijzen. Vlaams beoordelingskader, PowerPoint website Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Infrastructuurforfait.
- De Tijd. (23-07-2016), Minister van Welzijn tegen begrenzing factuur rusthuizen. Te raadplegen via: <http://www.tijd.be/nieuws/archief/Minister-van-Welzijn-tegen-begrenzing-factuur-rusthuizen/9790981>
- De Wispelaere F., Pacolet J. (2016). ESPN Thematic Report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives – Belgium. Brussels: European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Deutsche Bundesbank. (2016), Monatsbericht Juni 2016.
- Deutsche Bundesbank. (2015), Monatsbericht Dezember 2015.
- Deutsche Bundesbank. (2014), Geschäftsbericht 2014.
- Fuchs, M., Leichsenring, K., Marin B., Ruppe G. & Vanhuyse P. (2012), Geld- versus Sachleistungen. Wirkungsweisen und Effekte von Geldleistungen und Sachleistungen im Sozialbereich, Wiener Sozialpolitische Schriften Band 5 edited by Stadt Wien - MA 24, Wien.
- De Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Onderzoeksrapport, 142 p.
- Dickopp, F. (14-11-2014), Pflegeheime sind strukturell unterfinanziert. - Caritas.de. Te raadplegen via: <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2014/artikel/pflegeheime-sind-strukturell-unterfinanziert>
- DKV. (2016), Pflege-Zusatzversicherung. Te raadplegen via: <http://www.dkv.com/produkte-private-pflegezusatzversicherung-jetzt-handeln.html>
- Du Bus, A. (2016), Moratoire pour les maisons de repos et les maisons de repos et de soins. Te raadplegen via: <http://www.andredubus.be/2016/06/29/moratoire-pour-les-maisons-de-repos-et-les-maisons-de-repos-et-de-soins/>
- Ettinger, K. (27-06-2017), Aus für Pflegeregress noch vor der Wahl rückt näher. Te raadplegen via: <http://diepresse.com/home/innenpolitik/5241840/Aus-fuer-Pflegeregress-noch-vor-der-Wahl-rueckt-naeher>
- Femarbel. (2013), La communautarisation des maisons de repos. Mars 2013.
- Fink, M. (2017), Austria: Recourse to the assets of people in inpatient long-term care to be abolished as from 1 January 2018. European Social Policy Network Flash Report 2017/60.
- FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. Indexcijfer en gemiddelde prijzen van producten en diensten in België. Te raadplegen via: <http://prijsindex.be/rusthuizen.jsp>
- FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2014), Consumptieprijsindexen.
- FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. (2009), Sectorstudie rusthuizen.
- Fokus Pflegerecht (15-06-2016), Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil und Pflegesätze nach Pflegegraden im Pflegeheim ab 01-01-2017: Verhandlungen haben begonnen. Te raadplegen via: <http://www.fokus-pflegerecht.de/einrichtungseinheitlicher-eigenanteil-ab-01-01-2017-verhandlungen/>
- Fokus Pflegerecht. Neuverhandlung der Pflegesätze in teil- und vollstationären Einrichtungen. Te raadplegen via: <http://www.fokus-pflegerecht.de/pflegereform-2016-2017-psg-ii/pflegestaerkungsgesetz-verbesserungen-2016/neuverhandlung-der-pflegesaeetze-in-teil-und-vollstationaeren-einrichtungen/>
- Gaul, B. & Böhrer, C. (07-10-2014), Erste Hilfe für die Pflege. Kurier.at. Te raadplegen via: <http://kurier.at/politik/inland/erste-hilfe-fuer-die-pflege-pflegegeld-wird-ab-2016-angehoben/89.644.469>
- Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad. (13-07-2017), Ordonnantie strekkende tot instelling van een moratorium van het aantal bedden voor bepaalde voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen. Te raadplegen via: [http://www.etaamb.be/nl/beschikking-van-13-juli-2017\\_n2017030683.html](http://www.etaamb.be/nl/beschikking-van-13-juli-2017_n2017030683.html)
- Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad. Rusthuizen. Te raadplegen via: <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/nl/erkende-instellingen/bijstand-aan-personen/rusthuizen>
- Geiser, J. (2014), Pflegegesetz: Das Pflegestärkungsgesetz – was steckt dahinter? Jedermann Gruppe. 5 november 2014. Te raadplegen via: <http://www.jedermann-gruppe.de/pflegestaerkungsgesetze-pflegereform-ueberblick/>
- Gerlinger, T. & Röber, M. (2014) Das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2012. BPB: Bundeszentrale für politische Bildung. Te raadplegen via: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/143898/pflege-neuausrichtungs-gesetz-2012>
- Gouvernement wallon. (2017), La Wallonie plus forte, Namur, 25 juillet 2017, 34 p.

- Gouvernement wallon. (2017a), Répartition de l'enveloppe budgétaire exceptionnelle de 187 millions € aux maisons de repos et maisons de repos et de soins. 24 Mai 2017. Te raadplegen via: [http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/actualites/fichiers/budget\\_maisons\\_repos\\_et\\_soins.pdf](http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/actualites/fichiers/budget_maisons_repos_et_soins.pdf)
- Gouvernement wallon. (2014), Oser, innover, rassembler 2014-2019, Namur: Gouvernement wallon, 121 p.
- Gouvernement wallon. (2012), Maisons de repos et maisons de repos et de soins y compris les lits de court séjour : rapport bisannuel au 1 janvier 2012.
- Grabow, J. (26.04.2016), PowerPoint: Eigenanteile, Pflegesatzverhandlungen und Co.-worauf müssen sich Anbieter einstellen und welche Handlungsmöglichkeiten gibt es? Expertentagung, Kassel.
- Haufe. (2015), Pflegevorsorgefonds. Lexikonbeitrag aus SGB Office Professional. Te raadplegen via [https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/pflegevorsorgefonds\\_idesk\\_PI434\\_HI7284186.html](https://www.haufe.de/sozialwesen/sgb-office-professional/pflegevorsorgefonds_idesk_PI434_HI7284186.html)
- Hoge Raad van Financiën. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag. Juli 2016.
- Home-info vzw. (2015), Jaarverslag 2015. Te raadplegen via: <http://www.home-info.be/v4.0/publicaties/jaarverslagen>
- Home-info vzw. (16-02-2012), PowerPoint: Regelgeving in de Brusselse sector van de woonzorgcentra.
- Huveneers, Ch., Kegels, Ch., Mistiaen, P., van der Linden, J., Verlinden, J., (2005), Pijnsregulering in België met een toepassing op de sectoren van OTC-geneesmiddelen en rusthuizen, Federaal Planbureau, Working Paper 19-05.
- Iffland, S. (2010), So verhandeln sie jetzt Ihre Pflegesätze. Altenheim, Jg.49, nr.9.
- Ilinca, S., Leichsenring, K. & Rodrigues, R. (2015), From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalization in long-term care. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.
- Ima. (2014), Concentratie van gezondheidszorguitgaven binnen de populatie rechthebbenden verplichte ziekteverzekering. Te raadplegen via: <http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/lorenz-curve-ima---20140903.pdf>
- Jonckheere, J., Zimmer, H. (2017), De diensteninflatie: België een uitzondering. Economisch Tijdschrift Nationale Bank België.
- John, G. (27-06-2017), Pflege: Wie sich die Länder Vermögen greifen. Te raadplegen via: <http://derstandard.at/2000059900319/Pflege-Wie-sich-die-Laender-Vermoeuen-greifen>.
- Jeholet, P.-Y. (21-03-2015), Au gouvernement wallon on ne travaille pas. La Libre.
- Kilian, H. (21-04-2015), PowerPoint: Leistungsrechtliche Umsetzung der Pflegeversicherung (SGB XI). Das Pflegestärkungsgesetz – Konsequenzen für die strategische Unternehmensplanung – Seminarunterlagen. Tagung Chambre des Salariés zur Pflegeversicherung.
- Kleine Zeitung. (27-06-2017), Pflegeregress: Was ist das eigentlich? Te raadplegen via: [http://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5241833/Debatte-um-Abschaffung\\_Pflegeregress\\_Was-ist-das-eigentlich](http://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5241833/Debatte-um-Abschaffung_Pflegeregress_Was-ist-das-eigentlich)
- Kleine Zeitung. (27-06-2017). Beschluss vor dem Sommer? Auch Länder für Pflegeregress – abschaffung. Te raadplegen via: [http://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5241750/Beschluss-vor-dem-Sommer\\_Auch-Laender-fuer-PflegeregressAbschaffung](http://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/5241750/Beschluss-vor-dem-Sommer_Auch-Laender-fuer-PflegeregressAbschaffung)
- Knikker, M. J., Van Houdenhoven, M., (2007), Personeelsplanning en Arbeidskwaliteit in de verzorging en verpleging.
- Koninklijk besluit tot vaststelling van de ontvankelijkheidsvoorwaarden, de termijnen en de praktische modaliteiten voor aanvragen tot prijsvaststelling, aanvragen tot prijsverhoging, prijskennisgevingen en (prijs)meldingen van geneesmiddelen, met geneesmiddelen gelijkgestelde voorwerpen, apparaten en substanties, en grondstoffen, als bedoeld in boek V van het Wetboek van economisch recht. (10 april 2014).
- Lanjri, N. (31-03-2017), Wetsvoorstel tot wijziging van de regelgeving betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, voor wat betreft de onderhoudsplicht, van kinderen ten aanzien van hun ouders bij opname in een rusthuis.
- Leichsenring, K. (2015), In-depth description of the System Enabler 'Incentives'. European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Leichsenring, K., Rodrigues, R., Winkelmann, J. & Falk, R. (2015), Integrated Care, Choice and Competition Challenges and strategies of care coordination in the context of market-oriented governance in Germany and Sweden. European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Leichsenring, K., Winkelmann, J. & Rodrigues, R. (2014), To make or to buy long-term care? Part III: Quality Assurance to avoid market-failure. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.
- Leichsenring, K., Marin, B., Ruppe, G., Vanhuysse, P., Gasior, K., Stamatiou, W. (2012), Wirkungswesen und Effekte von Geldleistungen und Sachleistungen im Sozialbereich. Wiener Sozialpolitischen Schriften Band 5. Wien.
- MARA-analyse (2013). Sectorstudie Woonzorgcentra 2012, Belfius, Zorgnet Vlaanderen en Corilus.
- Marin, B. (2015), The future of welfare in a global Europe. Ashgate. 528 p.
- Martens, B. (1977), Prijsbeleid en inflatie in België, HIVA, Leuven

- Mascher, U. (2016) Das neue Pflegestärkungsgesetz. Pflege weiter starker! MS-Gateway Magazine. Januari 2016. Te raadplegen via: <https://www.ms-gateway.de/themen/gesellschaft/das-neue-pflegestaerkungsgesetz-458.htm>
- Ministère de la Sécurité Sociale. (2015), Rapport Général sur la sécurité sociale au grand-duché de Luxembourg. Novembre 2015.
- Ministère de la Sécurité Sociale. (2013), Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance. Inspection générale de la sécurité sociale. Inspection générale de la sécurité sociale.
- Ministerieel Besluit houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen. (20 april 1993).
- Ministerieel besluit houdende bijzondere bepalingen inzake prijzen voor de sector van de instellingen voor bejaardenopvang. (12 augustus 2005).
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2014), Antwoorden op Commissiebrief VSO: Voorhang inzake de wijziging van de indexeringssystematiek in de langdurige zorg per 2015 (kenmerk 30.597, nr. 444).
- Moerman, B. (22-07-2016), Bijna helft rusthuizen wordt nog duurder. De Standaard. Raadpleegbaar via: [http://www.standaard.be/cnt/dmf20160721\\_02393877](http://www.standaard.be/cnt/dmf20160721_02393877)
- Mot, E. (2010), The long-term care system for the elderly in the Netherlands. ENEPRI Research Report No. 90. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Mot, E., Faber, R., Geerts, J. & Willemé, P. (2012), Performance of long-term care systems in Europe. ENEPRI Research Report No. 117. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- MR. (2017), Déclaration de politique régionale : la Wallonie plus forte. 25 juli 2017.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2016) Quicksan. Zorginkoop langdurige zorg. 2015-2016.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015a), Toelichting Langdurige zorg. Onderwerp: Wijkverpleging.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015b), Toelichting Langdurige zorg. Onderwerp: Wet Langdurige Zorg (Wlz).
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015c), Tariefbeschikking verpleging en verzorging TB/CU-7119-01. Verzonden op 21-07-2015.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2015d), Beleidsregel CA-BR-1607. Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten. Bijlage 12 bij circulaire CARE/AWBZ/15/04c. Kenmerk: CA-BR-1607.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2014), Beleidsregel CA-BR-1508. Prestatiebeschrijvingen en tarieven Zzp-meerzorg Wlz. Bijlage 11 bij circulaire CARE/AWBZ/14/07c. Kenmerk: CA-BR-1508.
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2009), Toelichting: toepassing artikel 45 WMG.
- Nijkamp, P., Pacolet, J., Spinnewyn, H., Vollering, A., Wilderom, C., Winters, S. (1989), Services for the elderly in Europe. A cross-national comparative study, HIVA, KU Leuven.
- Observatorium voor gezondheid en welzijn Brussel. (2016), De nota's van het Observatorium nr. 3. Ouderen en de rust- en verzorgingstehuizen in het Brussels Gewest. Een stand van zaken in 2016 met een focus op de rusthuisbewoners met profiel O of A. December 2016.
- Onkelinx, A. Parlementaire vraag aan Minister M. Prévot, Parlement de Wallonie, 2016.
- Pacolet J. (2016) RIP het zilverfonds, in Samenleving en Politiek, jaargang 23, november 2016.
- Pacolet, J., & De Coninck A. (2015), Financiering van de residentiële ouderenzorg. Het perspectief van de voorzieningen, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Rapport 31, HIVA, Leuven, 195 p.
- Pacolet, J., De Troyer, F., Boeykens, S., De Coninck, A., Vastmans, f., Buyst, E. (2012), Een vergelijkende studie naar bouwkost en dagprijs in door VIPA gesubsidieerde en niet- gesubsidieerde woonzorgcentra.
- Pacolet J. & De Coninck A. (2010), Home care and inclusion, Unpublished paper, Caritas Europa conference, September 2010.
- Pacolet J., Merckx S, Spruytte N., Cabus S. (2010), Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis, HIVA, Leuven.
- Pacolet, J., Merckx, S. & Peetermans, A. (2008), Is de thuiszorg onderontwikkeld? Onderzoek naar de ontwikkelingsmogelijkheden van de thuiszorg in het algemeen en de thuisverpleging in het bijzonder. HIVA, Leuven.
- Pacolet, J., & Borghgraef, M. (2008). Gezondheidsrekeningen in België, HIVA, Leuven.
- Pacolet, J., Deliege, D., Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Leroy, X., Peetermans, A., & Swine, C. (2005), Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België. Brussel/Bruxelles: Directie-generaal Sociaal Beleid / Direction générale Politique sociale, FOD Sociale Zekerheid / SPF sécurité sociale.
- Pacolet, J., & Cattaert, G. (2004), Het silhouet van de bewoners achter de gevel van het woon- en zorgcentrum. Op zoek naar een wetenschappelijke objectivering van een nieuw financieringsmodel voor het woon- en zorgcentrum. HIVA, Leuven.
- Pacolet J. (2001), Financiering van de sector van de woonzorgcentra: feiten en trends, in Boonen C., Pacolet J. (red.) Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.
- Pacolet J. (2001a), Personeelsimplicaties van het woon- en zorgcentrum: feiten en trends, in Boonen C., Pacolet J. (red.) Vlaams zilver. Het woon- en zorgcentrum als schakel in de ouderenzorg, VVI.
- Pacolet J., Hedeboom G. & Winters S. (2001b), in collaboration with G.R. Cabrero, E. O'Shea, M. Vaarama, Y. Yfantopoulos, Time to Care. The Cost of Formal and Informal Care for Persons with Alzheimer's Disease: Pilot Study in Five EU Member States, HIVA, Leuven.

- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H. & Versieck K. (2000), Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member states and Norway. Volume 2. Statistical and Institutional Annexes, HIVA, Leuven, 348 p.
- Pacolet J., Bouten R. Lanoye H. & Versieck K. (2000), Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway, Ashgate, Aldershot, xviii + 337 p.
- Pacolet, J. & Bouten, R. (1999), National Reports Series of the Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway.
- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H. & Versieck K. (1999), Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member states and Norway. Synthesis report, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 159 p.
- Partyka, K. (2008), Vraag aan de minister van Economie, Zelfstandigen en Landbouw met betrekking tot de prijsverhoging voor rusthuizen bij nieuwbouw of verbouwing van een bestaand gebouw. 21 januari 2008.
- Prévot, M. (2017). AVIQ – L'Agence pour une Vie de Qualité – 1er contrat de gestion: un exemple de bonne gouvernance. 15 juin 2017. Te raadplegen via: <http://gouvernement.cfwb.be/communiqu-s-de-presse-relatifs-au-gouvernement-wallon-de-ce-15-juin-2017>
- Prévot, M. (2017a), Plan papy boom. Une réforme ambitieuse et inédite du secteur des maisons de repos et maisons de repos et de soins, PowerPoint. Namur, 24-05-2017.
- Prévot, M. (2017b), <Plan papy boom> Une grande réforme ambitieuse et inédite de tout le secteur des maisons de repos et de maisons de repos et de soins, Communiqué de presse 24-05-2017.
- Proissl, A., (25.01.2017), So hart is der Pflegeregress derzeit wirklich. Te raadplegen via: <https://www.trend.at/branchen/rechtsschutz/so-pflegeregress-7943724>
- Riedel, M. & Kraus, M. (2010), The long-term care system for the elderly in Austria. ENEPRI Research Report No. 69. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). (2012), Statistieken van de geneeskundige verzorging. Jaarverslag 2012, 5<sup>de</sup> deel: statistische gegevens.
- Rodrigues, R. (2010), Work Package 6: Governance and Finance. Austrian National Report. European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Rodrigues, R., Leichsenring, K. & Winkelmann, J. (2014), To make or to buy long-term care? Part I: Learn from theory. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.
- Rothgang (2015), Stellungnahme zum - Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Universität Bremen. Te raadplegen via: <http://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/organisation/mitglieder/heinz-rothgang/gutachten/?publ=5727>
- Rothgang, H & Kalwitzki, T. (2015a), Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Dezember 2015.
- Rothgang, H. & Kalwitzki, T. (2015b), Pflege-Stärkungs-Gesetz II: eine erstaunlich grobzügige Reform. Universität Bremen.
- Rothgang, H. (2010), Theorie und Empirie der Pflegeversicherung.
- Schöffers, P. (10-03-2017), Pas d'assurance-dépendance dès juillet en Wallonie. Le Vif.
- Schulz, E. (2010), The long-term care system for the elderly in Germany. ENEPRI Research Report No. 78. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Schwaighofer, J. Wohn- und Pflegeregress oder wer die Kosten wirklich trägt. Te raadplegen via: [http://www.landarbeiterkammer.at/tirol/\\_lccms\\_/downloadarchive/00138/Pflegeheim.pdf](http://www.landarbeiterkammer.at/tirol/_lccms_/downloadarchive/00138/Pflegeheim.pdf)
- Sidibé, F. (21-06-2017), Ontwerp van ordonnantie strekkende tot instelling van een moratorium van het aantal bedden voor bepaalde voorzieningen voor opvang of huisvesting van bejaarde personen. Verslag uitgebracht namens de verenigde commissies voor de Gezondheid en de Sociale Zaken. Raadpleegbaar via: <http://weblex.irisnet.be/data/arccc/doc/2016-17/105384/images.pdf>
- Servaty, C. (20-04-2016), Mündliche Frage an Minister Antoniadis zur Preisentwicklung in den Alten- und Pflegeheimen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. Te raadplegen via: <http://www.sp-dg.be/blog/2016/04/20/preisentwicklung-in-den-alten-und-pflegeheimen/>
- Sociaal-Economische Raad (SER) (2012), Naar een kwalitatief geode, toegankelijke en betaalbare zorg: een tussentijds advies op hoofdlijnen. Advies 12/06.
- Sozial Ministerium (2015), Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015. 182 p.
- Sozial Ministerium. Alten- und Pflegeheime. Te raadplegen via: [https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Alten\\_und\\_Pflegeheime/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Alten_und_Pflegeheime/)
- Sozial Ministerium. Pflegegipfel: Rasche Behebung der Pflegemissstände hat oberste Priorität. Te raadplegen via: [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20170623\\_OTS0150/pflegegipfel-rasche-behebung-der-pflegemissstaende-hat-oberste-prioritaet](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20170623_OTS0150/pflegegipfel-rasche-behebung-der-pflegemissstaende-hat-oberste-prioritaet)
- Sozial Ministerium. Pflegegeld. Te raadplegen via: [https://www.sozialministerium.at/site/Pension\\_Pflege/Pflege\\_und\\_Betreuung/Hilfe\\_Finanzielle\\_Unterstuetzung/Pflegegeld/](https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Hilfe_Finanzielle_Unterstuetzung/Pflegegeld/)
- Tassin, S. (16-05-2017), Jeholet: Prévot va faire échouer la 6e réforme de l'état, La Libre.



- Tassin, S. (12-05-2017), M. Becker tCSC): Je crains que le gouvernement enterre l'assurance autonomie, La Libre.
- Turan, G. (31-03-2015). Vraag om uitleg (Vlaams Parlement) over het prijsbeleid inzake rusthuizen aan minister Jo Vandeurzen. Te raadplegen via <https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/970731/verslag/971572>
- Thomas, J. (27-02-2016), Bruxelles: les inquiétantes hausses de prix des maisons de repos. Dhnet.be. Te raadplegen via: <http://www.dhnet.be/regions/bruxelles/bruxelles-les-inquietantes-hausses-de-prix-des-maisons-de-repos-56d0b7313570e6ca6adeff12>
- Vandeurzen, J. (27-07-2016), Ouderenzorg is geen verdeelde, maar gedeelde zorg. Knack. Te raadplegen via: <http://www.knack.be/nieuws/belgie/ouderenzorg-is-geen-verdeelde-maar-gedeelde-zorg/article-opinion-733005.html>
- Vandeurzen, J. (2015), De Vlaamse Sociale Bescherming: een massieve oefening in devolutie tijdens de komende vijf jaren. Toespraak tijdens Vijfde Europese conferentie over De staat van de verzorgingsstaat anno 1992 en 20 jaar later. Leuven, 19 oktober 2015.
- Vandeurzen, J. (2017), Residentiële ouderenzorg, een échte thuis voor kwetsbare personen. Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders. Conceptnota/Ter, Vlaamse Regering, De Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, december 2017.
- Van der Veen, R., Huijbers, P. & Nies, H. (2010), Governance and financing of long-term care. Dutch National Report.
- Van de Ven, W. (06-05-2015), Het beste zorgstelsel?, Afscheidscollege, Instituut Beleid & Management gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Verenigde commissies gezondheid – sociale zaken. (11-03-2015). Interpellaties. Te raadplegen via: <http://weblex.irisnet.be/data/arccc/biq/2014-15/00013/images.pdf>
- Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. (2016), Integraal verslag plenaire vergadering van 18-03-2016.
- Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Commissie Sociale Zaken. Voorlopig verslag. Zitting 2014-2015.
- Wet betreffende invoeging van boek IV " Bescherming van de mededinging " en van boek V " De mededinging en de prijsevoluties " in het Wetboek van economisch recht en houdende invoeging van de definities eigen aan boek IV en aan boek V en van de rechtshandhabingsbepalingen eigen aan boek IV en aan boek V, in boek I van het Wetboek van economisch recht. (3 april 2013).
- Wet betreffende de economische reglementering en de prijzen \_ wet houdende wijziging van de besluitwet van 22 januari 1945 betreffende het beteugelen van elke inbreuk op de reglementering inzake de bevoorrading van het land. (13 juli 1971).
- Wet betreffende de economische reglementering en de prijzen. (22 januari 1945).
- Wiener, J. M., Tilly, J., & Cuellar, A. E. (2003), Consumer-directed home care in the Netherlands, England, and Germany. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
- Wiener, J. M., Tilly, J., Howe, A., Doyle, C., Cuellar, A. E., Campbell, J., & Ikegami, N. (2007), Quality assurance for long-term care: the experiences of England, Australia, Germany and Japan. Quality Assurance, 05.
- Winkelmann, J., Rodrigues, R. & Leichsenring, K. (2014), To make or to buy long-term care? Part II: Lessons from quasi-markets in Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.
- Zorganderstv.be (31 januari 2017), 11 miljoen euro voor toenemende zorgzwaarte in woonzorgcentra. Te raadplegen via: <http://www.zorganderstv.be/nieuws/11-miljoen-euro-voor-toenemende-zorgzwaarte-woonzorgcentra>
- Zorgverzekeraars Nederland (2016), Inkoopkader Langdurige zorg. 2017. Verpleging & verzorging.